การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ สู่การปฏิบัติการระดับอำเภอ และตำบล ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

วันที่ ๒๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖
โรงแรมตักสิลา จังหวัดมหาสารคาม

นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท พลัส
Quick Win 100 วัน



1 โครงการพระราชดำริฯ/ เฉลิมพระเกียรติ/ ที่เกี่ยวเนื่องกับ พระบรมวงศานุวงศ์

- โครงการราชกัณฑ์ปีนสุข คัดกรองมะเร็งในผู้ต้องขังทุกคน
- โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (รพร./รพท.)
- สุขศาลาพระราชทาน ผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง
- โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา (ไตรมาส 2)
  1) แว่นตาผู้สูงอายุ 72,000 อัน
  2) ผ้าติดต้อกระจก 7,200 ดวง
  3) ฟันเทียม 72,000 คน
  4) ออกหน่วยพื้นที่ห่างไกล 720 อำเภอ
  5) คูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ 72,000 รูป (รพร.)
  6) อาคารผู้ป่วยนอกเขตเมือง เฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา 72 แห่ง

2 รพ. กทม. 50 เขต 50 รพ. และปริมณฑล



- จัดตั้ง รพ. 120 เตียง ในเขตดอนเมือง / อ.เมือง จ.เชียงใหม่



3 สุขภาพจิต/ ยาเสพติด

- จัดตั้งศูนย์รัญญารักษ์ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติด ทุกจังหวัด
- มีหอผู้ป่วยจิตเวช ทุกจังหวัด
- มีกลุ่มงานจิตเวช ทุกอำเภอ

มะเร็งครบวงจร

- ให้วัคซีน HPV ในหญิงวัย 11 – 20 ปี 1 ล้านคน
- คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ 100,000 คน
- มี Cancer Warrior ทุกจังหวัด



4

5 สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร

- มี CareD+ Team ในหน่วยบริการทุกระดับ
- บรรจุพยาบาล 3,000 ตำแหน่ง
- กำหนดตำแหน่งพยาบาลชำนาญการพิเศษ
- แพทย์ลาเรียนได้รับการยกเว้นให้ได้รับเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ



6 การแพทย์ปฐมภูมิ



- ตรวจเลือด รับยา Telemedicine ใกล้บ้าน 1 จังหวัด 1 รพ.
- อนามัยโรงเรียน (ครู หมอ พ่อแม่) 1 อำเภอ 1 โรงเรียน

สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ

- ขึ้นทะเบียน เบิกจ่าย Real Time บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- ลงทะเบียน เพิ่มการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรเฉพาะ



7

8



สถานชีวาภิบาล

- จัดตั้งสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง
- จัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ 1 แห่ง
- จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ทุก รพ.

พัฒนา รพช. แม่ข่าย

- กำหนดเป้าหมาย รพ. แม่ข่าย
- จัดทำแผนพัฒนา รพ. แม่ข่าย
- เพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยด้วย CT/MRI (18/26)



9

ดิจิทัลสุขภาพ

- บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่ 4 เขตสุขภาพ
- 200 รพ.อัจฉริยะ ทั่วประเทศ
- Virtual Hospital 1 แห่ง



10

11 ส่งเสริมการมีบุตร



- บรรจุเป็นวาระแห่งชาติ บูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง
- คัดกรองโรคหายากในทารกแรกเกิด 24 โรค

เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone เขตสุขภาพละ 1 แห่ง
- รับรอง Wellness Center 500 แห่ง
- การอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน 100 รายการ
- สร้างงาน สร้างอาชีพ (นวดไทย 5,000 คน/ Caregiver 5,000 คน/ Care Assistant 1,000 คน)

12





13 นักท่องเที่ยวปลอดภัย

- Safety Tourist เขตสุขภาพละ 1 พื้นที่
- One Region One Sky Doctor

แก้ปัญหา | **วางรากฐาน** | **สร้างเศรษฐกิจ**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน
Goodness power, Healthy & Happiness City

งานยุทธศาสตร์สุขภาพ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๓๑๓ โทรสาร. ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑

คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนและรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ภายใต้กรอบ ๔ ด้าน Excellences ๑๔ แผนงาน ๓๕ โครงการ และ ๕๔ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานในกำกับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบาย แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และกำหนดเป็น ๑๐ นโยบายเน้นหนักและยกระดับ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค (Quick Win ๑๐๐ วัน) ให้กับผู้บริหารระดับจังหวัด เมื่อวันที่ ๒๒ กันยายน ๒๕๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ สอดคล้องกับ (๑) ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙ (๒) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐ (๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าประสงค์สูงสุดที่ต้องการคือประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีอายุเฉลี่ยยืนยาว สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑-๒๕๗๙ และสำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานประจำปี ๒๕๖๖ ของกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ไปแล้วเมื่อวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ รวมทั้งได้มีการประชุม ทบทวน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ครั้ง ภายใต้ ๖ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๖ แผนงาน ๔๐ โครงการ ๑๒๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถใน การจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Promotion & Prevention & Protection Excellence)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บุคลากร เป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเลื่อนและพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งหวังให้บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้งกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมที่จะรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

๑. ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. นายแพทย์หัสชา เนือยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา)
๔. ทันตแพทย์วัฒนะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
๕. เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
๖. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๗. นายวิทวัส ละอองทอง	ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๘. นางรุ่งเรือง แสนโกษา	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
๙. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑๐. นางพิสมัย ศรีทำนา	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๑๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๑๒. นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย
๑๓. เภสัชกรแฉล้ม รัตนพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๑๔. นางรัติญา ประสาระเอ	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๑๕. นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๑๖. ทันตแพทย์นวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
๑๗. นางสุธิดา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๑๘. นายประวัติ แปลงมาลย์	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
๑๙. นางสราญจิต อินศร	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๐. นางสุมาลี ใหม่คามิ	หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ผู้รวบรวมเอกสาร

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๓. นางวิกิตตา อิ่มสำอางค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔. นางสาวระพีพร คำเจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๕. นางสาวพรรณธิภา จันบัวลา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๖. นางสาวฐิติยา ญาณพิบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุข

๓. ออกแบบปก

๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒. นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	คำนำ	ก
	ที่ปรึกษา	ข
	สารบัญ	ง
	ส่วนที่ ๑ แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	๑
	แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	๒
	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	๒๖
	ส่วนที่ ๒ นิยามตัวชี้วัดและมาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน	๓๘
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๓๙
	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	๓๙
	โครงการที่ ๑. โครงการยกระดับความสามารถ ในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน	๔๐
๑	ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชนโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๐
๒	ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๑
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๖
	แผนงานที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)	๔๖
	โครงการที่ ๒. โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)	๔๗

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๓	ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข	๔๗
๔	ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๕๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)		๕๗
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		๕๗
โครงการที่ ๓. โครงการโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย		๕๘
๕	อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	๕๘
๖	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	๖๐
๗	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๖๓
๘	อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	๖๕
๙	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๖๗
๑๐	ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด	๖๙
๑๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	๗๑
๑๒	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	๗๖
	๑๒.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๗๖
	๑๒.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	๗๖
	๑๒.๓ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	๗๖
	๑๒.๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	๗๖
	๑๒.๕ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	๗๖
๑๓	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๘๑
๑๔	ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน	๘๓
	๑๔.๑ ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	๘๓
	๑๔.๒ ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	๘๓

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๑๕	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	๙๑
๑๖	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	๙๕
๑๗	ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๙๘
๑๘	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	๑๐๒
๑๙	อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๑๐๕
๒๐	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๙๘
๒๑	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑๐๘
๒๒	ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๑๑๑
๒๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๑๗
๒๔	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๑๒๐
๒๕	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน	๑๒๔
	๒๕.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๑๒๔
๒๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	๑๒๘
	- ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	๑๒๘
	- ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะ รพ. ขนาด M๒ ขึ้นไป)	๑๒๘
๒๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๒
	๒๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๒
	๒๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๒
โครงการที่ ๔. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร		๑๓๖
๒๘	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	๑๓๖
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		๑๓๙
โครงการที่ ๕. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)		๑๓๙
๒๙	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๑๓๙

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		๑๔๒
โครงการที่ ๖. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ		๑๔๒
๓๐	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	๑๔๒
โครงการที่ ๗. โครงการควบคุมโรคติดต่อ		๑๔๘
๓๑	ร้อยละของการเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๑st ๙๕, ๒nd ๙๕, ๓rd ๙๕	๑๔๘
๓๒	อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออก	๑๕๒
	๓๒.๑ ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของโรคไข้เลือดออก	๑๕๒
	๓๒.๒ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก	๑๕๒
	๓๒.๓ อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	๑๕๒
๓๓	ร้อยละของประชากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	๑๕๔
๓๔	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์ได้รับวัคซีน HPV - กลุ่มที่ ๑ นักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึง มัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า - กลุ่มที่ ๒ หญิงไทยที่อายุ ๑๑-๑๗ ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา - กลุ่มที่ ๓ หญิงไทยอายุ ๑๘-๒๐ ปี	๑๕๕
๓๕	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล - บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค - ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม - เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงในเรือนจำ	๑๕๘
๓๖	ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี - ๑ ปี MMR๑ BCG OPV๓DTP๓HBV๓ - ๓ ปี MMR๒ - JE - ๕ ปี OPV๕DTP๕	๑๖๒
โครงการที่ ๘. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ		๑๖๕
๓๗	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๒๕.๕๐)	๑๖๕
๓๘	๓๘.๑ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	๑๖๙
	๓๘.๒ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑๖๙

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๓๙	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง	๑๗๑
	๓๙.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๑๗๑
	๓๙.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๑๗๑
๔๐	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	๑๗๕
๔๑	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	๑๗๘
๔๒	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	๑๘๖
๔๓	ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๑๙๐
	๔๓.๑ ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๑๙๐
	๔๓.๒ ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๑๙๐
๔๔	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๑๙๓
๔๕	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๑๙๖
๔๖	ร้อยละของอำเภอต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	๑๙๙
โครงการที่ ๙. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ		๒๐๒
๔๗	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒๐๒
๔๘	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	๒๐๗
๔๙	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	๒๑๑
๕๐	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	๒๑๙
๕๑	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๒๒๒
๕๒	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	๒๒๕
แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		๒๒๗
โครงการที่ ๑๐. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ		๒๒๗
๕๓	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	๒๒๗

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		๒๓๑
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster		๒๓๑
โครงการที่ ๑๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ		๒๓๒
๕๔	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๓๒
๕๕	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	๒๓๖
๕๖	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	๒๔๐
โครงการที่ ๑๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.		๒๔๒
๕๗	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๒๔๒
๕๘	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๒๔๕
๕๙	อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	๒๔๘
๖๐	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๒๕๑
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		๒๕๔
โครงการที่ ๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		๒๕๔
๖๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้	๒๕๔
	๖๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ที่สามารถควบคุมได้	๒๕๔
	๖๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมได้	๒๕๔
๖๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๒๕๗
๖๓	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๒๖๐
	๖๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	๒๖๐
	๖๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๒๖๐
๖๔	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary Care Cluster : SCC)	
	- เพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยด้วย CT/MRI ใน รพ.ที่ถูกชี้ตามเกณฑ์ pain point - เพิ่มศักยภาพการรักษา OR (รพ. S+ สามารถผ่าตัดฉุกเฉินบางอย่างได้) - เพิ่มศักยภาพการรักษา ICU - จัดบริการด้วยระบบ Telemedicine	๒๖๓

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
โครงการที่ ๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ		
๖๕	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๒๖๘
๖๖	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	๒๖๘
๖๗	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๒๗๘
โครงการที่ ๑๕. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล		๒๘๐
๖๘	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	๒๘๐
๖๙	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	๒๘๕
โครงการที่ ๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด		๒๘๘
๗๐	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๒๘๘
โครงการที่ ๑๗. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน		๒๙๐
๗๑	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพในสถานชีวาภิบาล	๒๙๐
โครงการที่ ๑๘. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		๒๙๔
๗๒	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๙๔
๗๓	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	๒๙๘
๗๔	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๐๓
โครงการที่ ๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช		๓๐๙
๗๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๓๐๙
๗๖	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๓๑๒
	๗๖.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	๓๑๒
โครงการที่ ๒๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)		๓๑๘
๗๗	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๓๑๘

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๗๘	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น	๓๒๑
	๗๘.๑ Refracture Rate	๓๒๑
โครงการที่ ๒๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ		๓๒๔
๗๙	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้ การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๒๔
	๗๙.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๓๒๔
	๗๙.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๒๔
	๗๙.๓ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๒๔
โครงการที่ ๒๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ		๓๒๘
๘๐	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๓๒๘
	๘๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๓๒๘
	๘๐.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๓๒๘
	๘๐.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๓๒๘
๘๑	มะเร็งปากมดลูก	๓๓๓
	๘๑.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๓๓๓
	๘๑.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็ง ปากมดลูก ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	๓๓๕
๘๒	มะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง	๓๓๗
	๘๒.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง	๓๓๗
	๘๒.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	๓๓๗
	๘๒.๓ จัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง	๓๓๗
๘๓	โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	๓๔๑
โครงการที่ ๒๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		๓๔๕
๘๔	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	๓๔๕
๘๕	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า	๓๔๘

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
โครงการที่ ๒๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ		๓๕๐
๘๖	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A และ S (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕)	๓๕๐
โครงการที่ ๒๕. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด		๓๕๒
๘๗	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate)	๓๕๒
โครงการที่ ๒๖. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)		๓๕๕
๘๘	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๓๕๕
โครงการที่ ๒๗. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery : ODS		๓๖๐
๘๙	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๓๖๐
๙๐	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)	๓๗๘
โครงการที่ ๒๘. โครงการกัญชาทางการแพทย์		๓๘๑
๙๑	ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	๓๘๑
	๙๑.๑ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	๓๘๑
	๙๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	๓๘๑
	๙๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์	๓๘๑
	๙๑.๔ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชา ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๓๘๑
โครงการที่ ๒๙. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก		๓๘๕
๙๒	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย	๓๘๕
	๙๒.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	๓๘๕
	๙๒.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	๓๘๕
	๙๒.๓ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control (คน)	๓๘๕
	๙๒.๔ อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	๓๘๕

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	๙๒.๕ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	๓๘๕
	๙๒.๖ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)	๓๘๕
	๙๒.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	๓๘๕
๙๓	อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๓๘๘
๙๔	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	๓๙๐
	๙๔.๑ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	๓๙๐
	๙๔.๒ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	๓๙๐
๙๕	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๓๙๒
๙๖	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	๓๙๔
	๙๖.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)	๓๙๔
	๙๖.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	๓๙๔
	๙๖.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	๓๙๔
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		๓๙๗
โครงการที่ ๓๐. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		๓๙๗
๙๗	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	๓๙๗
๙๘	อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มี ข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	๓๙๗
๙๙	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	๔๐๐
๑๐๐	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๔๐๓
๑๐๑	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๔๐๖
๑๐๒	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	๔๐๙
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ		๔๑๑
โครงการที่ ๓๑. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ		๔๑๑
๑๐๓	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๔๑๑
๑๐๔	ระดับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น	๔๑๕

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๑๐๕	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	๔๑๘
๑๐๖	ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง	๔๒๓
	๑๐๖.๑ ร้อยละผู้ต้องขังทุกรายได้รับการคัดกรอง วัณโรค เอดส์ มะเร็ง และได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	๔๒๓
	๑๐๖.๒ ร้อยละการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ ที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง	๔๒๓
	๑๐๖.๓ ร้อยละผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ	๔๒๓
๑๐๗	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	๔๒๕
แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย		๔๒๘
โครงการที่ ๓๒. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์		๔๒๘
๑๐๘	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๔๒๘
	๑๐๘.๑ เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน	๔๒๘
๑๐๙	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	๔๓๒
๑๑๐	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น	๔๒๘
๑๑๑	ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	๔๓๕
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง		๔๓๘
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		๔๓๘
โครงการที่ ๓๓. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		๔๓๙
๑๑๒	ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๔๓๙
โครงการที่ ๓๔. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข		๔๔๒
๑๑๓	ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๔๔๒
	๑๑๓.๑ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	๔๔๒
	๑๑๓.๒ ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๔๔๒

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง		๔๕๔
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ		๔๕๔
โครงการที่ ๓๕. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส		๔๕๕
๑๑๔	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๔๕๕
๑๑๕	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	๔๕๙
๑๑๖	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	๔๖๑
๑๑๗	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	๔๖๕
โครงการที่ ๓๖. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ		๔๖๗
๑๑๘	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	๔๖๗
๑๑๙	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๔๗๔
	๑๑๙.๑ โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๔๗๔
	๑๑๙.๒ โรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๔๗๔
๑๒๐	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๔๗๙
๑๒๑	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS	๔๘๒
	๑๒๑.๑ รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	๔๘๒
	๑๒๑.๒ สถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	๔๘๒
๑๒๒	การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง	๔๘๗
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ		๔๙๐
โครงการที่ ๓๗. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ		๔๙๐
๑๒๓	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	๔๙๐
๑๒๔	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HA IT	๔๙๓

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
โครงการที่ ๓๘. โครงการ Smart Hospital		๔๙๖
๑๒๕	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	๔๙๖
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		๕๐๐
โครงการที่ ๓๙. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง		๕๐๐
๑๒๖	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	๕๐๐
	๑๒๖.๑ หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (TPS ระดับ D ขึ้นไป)	๕๐๐
	๑๒๖.๒ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (คะแนน ๙๐ ขึ้นไป)	๕๐๐
๑๒๗	ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	๕๐๔
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ		๕๐๖
โครงการที่ ๔๐. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์		๕๐๖
๑๒๘	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๕๐๖
๑๒๙	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	๕๑๑

ส่วนที่ ๑

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การประชุมสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๖ ตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ ในวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีนายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคน

๒) การประชุมการมอบนโยบายการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ ตามนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ และการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ เป็นแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ (โดยการทบทวนตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๖ ปรับเพิ่ม-ลดและกำหนดตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๗ จากนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง) และการยกระดับการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมุ่งให้เกิด Operation Efficiency ในวันที่ ๙ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐น.–๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีนายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานและบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคน

๓) การประชุมการเตรียมความพร้อมในการชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๗ และแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ สู่การปฏิบัติระดับอำเภอ ตำบล รวมทั้งสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง ในวันที่ ๑๖ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๐๐น.–๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และผู้เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

๒. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

๑. วิสัยทัศน์

คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง

๒. พันธกิจ

๑. Move health care to health : ลดการดูแลรักษา สู่การสนับสนุน ให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี

๒. Move hospital to community : ลดจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาล ให้กลับสู่ชุมชน

๓. Move quality to value : เพิ่มคุณภาพชีวิตสู่การมีคุณค่าในตนเองของประชาชน

๔. การทำงานโดยมุ่งเน้น Core Business of MOPH : Disease Control (ก่อนป่วย/ป่วยไม่รุนแรง/ป่วยรุนแรง/หลังป่วย)

๕. การพัฒนามุ่งสู่องค์กรยกระดับเพิ่มผล (Leverage Organization) ในงานบริการสุขภาพ

๖. การมุ่งดำเนินงานตามทิศทางนโยบาย (Policy Direction) คือ (๑) Information Improvement (๒) Value Management: Monitoring (๓) Culture Change (๔) Strategic Focus

๓. เป้าประสงค์สำคัญเร่งด่วน

๑. เพิ่มคนสุขภาพดี โดยการเน้นลดความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย มุ่งเน้นการจัดการปัญหากลุ่มวัย ในวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๒. ลดคนป่วย โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พร้อมทั้ง การเข้าถึงบริการ/คุณภาพบริการ และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเรื่องสำคัญ

(๑) Food safety : Diarrhea, food poisoning

(๒) NCD (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, CKD)

(๓) โรคติดต่อ: Surveillance & Disease Control โควิด-๑๙ โรคไข้เลือดออก วัณโรค ภัยสุขภาพ

๓. ขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยใช้หลักการบริหารยุทธศาสตร์ร่วมกับ (๑) ศูนย์เด็กเล็ก (อบจ./เทศบาล/อบต.) (๒) โรงเรียน (กระทรวงศึกษาธิการและเทศบาล) (๓) โรงงาน (กระทรวงแรงงานและภาคเอกชน) (๔) ชุมชน (๕) ภาครัฐทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (๖) ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

๔. แนวทางการทำงานที่ต้องมุ่งเน้น

๑. มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน อย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค

๒. มุ่งเน้นดำเนินการให้เสร็จในหนึ่งปี และมีผลต่อเนื่องในระยะยาวอย่างยั่งยืน

๓. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์

๔. มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและภาคภูมิใจ

๕. ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๖๗

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๗๗ ปี

๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๖๙.๕ ปี

๓. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๔. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๕. การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๖. ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลสังกัด สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๓,๐๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒.๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร

๗. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๒

๖. ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๘๐

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี

๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๓. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๔. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๕. การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

๖. ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลสังกัด สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๑,๕๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร

๗. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๗. ประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน ๖ ประเด็นยุทธศาสตร์

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ประกอบด้วย ๒ เป้าประสงค์

๑) มีการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒) มีการยกระดับการพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒</u> การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ประกอบด้วย ๑ เป้าประสงค์

๑) มีการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓</u> ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention & Protection Excellence) ประกอบด้วย ๕ เป้าประสงค์

๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี

๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที

๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ

๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔</u> บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย ๕ เป้าประสงค์

๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน

๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน

๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย

๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕</u> บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง ประกอบด้วย ๔ เป้าประสงค์

๑) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของจังหวัด

๒) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกัน

๓) มีการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

๔) มีการมุ่งพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เป็น (๑) Strategic Partner (๒) Managerial Expert (๓) Change Agent (๔) Employee Champion: Performance ภายใต้วิถีพอเพียง

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖</u> บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง ประกอบด้วย ๖ เป้าประสงค์

๑) มีการมุ่งพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น (๑) Learning & Teaching Organization ภายใต้วิถีพอเพียง (๒) Good Governance

๒) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ

๓) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุกหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

๔) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๕) มีระบบเทคโนโลยีดิจิตอลด้านสุขภาพ

๖) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

๘. นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗

๘.๑ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗ (นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)

“ประชาชนคนไทยสุขภาพดี ประเทศไทยสุขภาพดี” โดยมี ๑๐ นโยบายเน้นหนัก ยกระดับ ๓๐ บาทรักษาทุกโรค Quick Win ๑๐๐ วัน



นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. โครงการพระราชดำริฯ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์
- โครงการราชทัณฑ์ปันสุข คัดกรองมะเร็งในผู้ต้องขังทุกคน
- โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (รพร./รพท.)
- สุขศาลาพระราชทาน ผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง
- โครงการเฉลิมพระเกียรติ ๗๒ พรรษา (ไตรมาส ๒)

๒. รพ. กทม. ๕๐ เขต ๕๐ รพ.และปริมณฑล
- จัดตั้ง รพ. ๑๒๐ เตียง ในเขตดอนเมือง

๓. สุขภาพจิต/ยาเสพติด
- จัดตั้งศูนย์มินิธัญญารักษ์ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดทุกจังหวัด
- มีหอผู้ป่วยจิตเวช ทุกจังหวัด
- มีกลุ่มงานจิตเวชทุกอำเภอ

๔. มะเร็งครบวงจร

- ให้วัคซีน HPV ในหญิงอายุ ๑๑-๒๐ ปี จำนวน ๑ ล้านคน
- คัดกรองใบไม้ตับ ๑๐๐,๐๐๐ คน
- มี Cancer Warrior ทุกจังหวัด

๕. สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร

- มี Care Team D+ ในหน่วยบริการทุกระดับ
- บรรจุพยาบาล ๓,๐๐๐ ตำแหน่ง
- กำหนดตำแหน่งพยาบาลชำนาญการพิเศษ
- แพทย์ลาเรียน ได้รับการยกเว้น ได้เลื่อนเงินเดือนระหว่างลาศึกษาต่อ

๖. การแพทย์ปฐมภูมิ

- ตรวจเลือด รับยา Telemedicine ใกล้บ้าน ๑ จังหวัด ๑ รพ.
- อนามัยโรงเรียน ๑ อำเภอ ๑ โรงเรียน

๗. สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ

- ขึ้นทะเบียนเบิก-จ่าย Real Time บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
- ลงทะเบียน เพิ่มเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากร

๘. สถานชีวาภิบาล

- จัดตั้งสถานชีวาภิบาล เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง
- จัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ ๑ แห่ง

๙. พัฒนา รพช.แม่ข่าย

- กำหนดเป้าหมาย รพช. แม่ข่าย
- จัดทำแผนพัฒนา รพช. แม่ข่าย
- เพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยด้วย CT/MRI

๑๐. ดิจิทัลสุขภาพ

- ประชาชนบัตรใบเดียวรักษาได้ทุกที่ ๔ เขตสุขภาพ
- ๒๐๐ รพ.อัจฉริยะ ทั่วประเทศ
- Virtual Hospital ๑ แห่ง

๑๑. ส่งเสริมการมีบุตร

- บรรจุเป็นวาระแห่งชาติบูรณาการร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๑ จังหวัด ๑ แห่ง
- คัดกรองโรคหายากในทารกแรกเกิด ๒๔ โรค

๙. เศรษฐกิจสุขภาพ

- Blue Zone เขตสุขภาพละ ๑ แห่ง
- รับรอง Wellness Center ๕๐๐ แห่ง
- การอนุญาตผลิตภัณฑ์ชุมชน ๑๐๐ รายการ
- สร้างงานสร้างอาชีพ (นวดไทย ๕,๐๐๐ คน/Caregiver ๕,๐๐๐ คน/Care Assistant ๑,๐๐๐ คน)

๑๐. นักท่องเที่ยวปลอดภัย

- Safety Tourist เขตสุขภาพละ ๑ พื้นที่
- One Region One Sky Doctor

๘.๒ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๘
(นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

“สุขภาพคนไทย เพื่อสุขภาพประเทศไทย”

๑. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ

- ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว เพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกาย-ใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง

๒. ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราตายโรคสำคัญ

- เสริมความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพิ่มศักยภาพสามหมอ
- ปรับโฉมโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็น “โรงพยาบาลของประชาชน”
- เพิ่มขีดความสามารระบบบริการและเครือข่ายโดย “ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง”

๓. ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล

- โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
- พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เอื้อต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อ และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- เร่งพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

๔. ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ

- เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศในอนาคต

๕. ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ

- สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

๖. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

- เสริมสร้างสมรรถนะองค์กร ด้วยแนวทาง ๔T : Trust Teamwork & Talent Technology Target
- บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

๙. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๑) มีการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ๒) มีการยกระดับการพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท	**แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน**							
		๑. โครงการยกระดับความสามารถ ในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัย และความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน	๑	ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถ ในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชนโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข	ระดับ ๕	ระดับ ๕	๑) สสป. ๒) สส. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค.	
			๒	ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๔
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๑) มีการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้าง เมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)**							
		๒. โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)	๓	ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ระดับ ๕	ระดับ ๕	๑) สสป. ๒) สส. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค.	
			๔	ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	๑) สสป. ๒) สส.. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)	๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ๒) มีระบบป้องกันควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน	**แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**							
		๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย	๕	อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๒
			๖	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑
			๗	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	ไม่เกินร้อยละ ๗	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๓
			๘	อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	สส.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
	๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค		๙	*อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	สส.	-แผน สธ.มค.	
			๑๐	ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	สส.	แผน สธ.มค.	
			๑๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	สส.	แผน สธ.มค.	
			๑๒	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย					
				๑๒.๑) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๗	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๙
				๑๒.๒) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๘
				๑๒.๓) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๐
				๑๒.๔) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๑
				*๑๒.๕) ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๒
			๑๓	ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๓
			๑๔	ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน					
				๑๔.๑) ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๕
				๑๔.๒) ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
			๑๕	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๖
			๑๖	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๑
			๑๗	ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๔
			๑๘	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๒
			๑๙	*อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๖
			๒๐	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๓
			๒๑	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕	ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๗
			๒๒	ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ ๕๒	ร้อยละ ๕๒	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๓/ต๑
			๒๓	*ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๒

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			๒๔	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๑
			๒๕	*ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน					
				๒๕.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๔
			๒๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ					
				- ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
				- ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะ รพ. ขนาด M๒ ขึ้นไป)	ร้อยละ ≥๗๕	ร้อยละ ≥๗๕	สส.	-แผน สธ.มค.	
			๒๗	*ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
				*๒๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	เป้าหมาย ๑ แห่ง ต่อ ๑ เขตสุขภาพ	เป้าหมาย ๑ แห่ง ต่อ ๑ เขตสุขภาพ	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๖
				*๒๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ร้อยละ ๓๐	≥ร้อยละ ๓๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๗
		๔. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๒๘	*อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ							
		๕. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๒๙	*ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ							
		๖. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๓๐	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๗. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๓๑	ร้อยละของการเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๑st ๙๕, ๒nd ๙๕, ๓rd ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	คร.	-แผน สธ.มค.	
			๓๒	อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออก					
				๓๒.๑ ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของโรคไข้เลือดออก	ไม่เกินร้อยละ ๒๕	ไม่เกินร้อยละ ๒๕	คร.	-แผน สธ.มค.	
				๓๒.๒ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก	ไม่เกินร้อยละ ๒๕	ไม่เกินร้อยละ ๒๕	คร.	-แผน สธ.มค.	
				๓๒.๓ อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ ๐.๑	ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	คร.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			๓๓	ร้อยละของประชากรได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
			๓๔	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์ได้รับวัคซีน HPV - กลุ่มที่ ๑ นักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึง มัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า - กลุ่มที่ ๒ หญิงไทยที่อายุ ๑๑-๑๗ ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา - กลุ่มที่ ๓ หญิงไทยอายุ ๑๘-๒๐ ปี	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
			๓๕	ร้อยละของประชากลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล - บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค - ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม - เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงในเรือนจำ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
			๓๖	ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี - ๑ ปี MMR๑ BCG OPV๓DTP๓HBV๓ - ๓ ปี MMR๒ - JE - ๕ ปี OPV๕DTP๕	MMR๑ ไม่น้อยกว่า ๙๕% BCG OPV๓DTP๓ HBV๓ ไม่น้อยกว่า ๙๐% ไม่น้อยกว่า ๙๕% ไม่น้อยกว่า ๙๐% ไม่น้อยกว่า ๙๐%	MMR๑ ไม่น้อยกว่า ๙๕% BCG OPV๓DTP๓ HBV๓ ไม่น้อยกว่า ๙๐% ไม่น้อยกว่า ๙๕% ไม่น้อยกว่า ๙๐% ไม่น้อยกว่า ๙๐%	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๘. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๓๗	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๒๕.๕๐)	๒๕.๕	๒๕.๕	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๓๘	๓๘.๑ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑.๗๕	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑.๗๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๑
				๓๘.๒ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๒
			๓๙	*ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง					
				*๓๙.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๓
				*๓๙.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๓	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๓	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๔
			๔๐	ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	NCD ขอเพิ่ม	NCD ขอเพิ่ม	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	
			๔๑	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	NCD	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			๔๒	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๔๓	ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม					
				๔๓.๑ ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๑
				๔๓.๒ ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๑
			๔๔	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๒
			๔๕	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๓
			๔๖	*ร้อยละของอำเภอต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	สวล.	-แผน สธ.มค.	
		๙. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๔๗	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	คบส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๗/ต๓
			๔๘	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
			๔๙	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
			๕๐	*ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	คบส.	-แผน สธ.มค.	
			๕๑	*ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	สวล.	-แผน สธ.มค.	
			๕๒	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	คบส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๗/ต๒
		แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม							
		๑๐. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๕๓	*ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	สวล.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย ๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ	**แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)**							
		๑๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๕๔	*จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	เกณฑ์ประเทศ ๓,๕๐๐ หน่วย	เกณฑ์ประเทศ ๓,๕๐๐ หน่วย	สสป.	-แผน สธ.มค.	
			๕๕	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	เกณฑ์ประเทศ ๓๕ ล้านคน	เกณฑ์ประเทศ ๓๕ ล้านคน	สสป.	-แผน สธ.มค.	
			๕๖	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๒
		๑๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.	๕๗	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๑/ต๓
			๕๘	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๑,๙๗๗ คน (หมู่บ้านละ ๑ คน)	๑,๙๗๗ คน (หมู่บ้านละ ๑ คน)	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๑/ต๑
			๕๙	อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๓
			๖๐	*ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๔
		แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
		๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๖๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้					
				๖๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๕
				๖๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมได้	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๖
			๖๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๖๓	*อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit					
				*๖๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	น้อยกว่าร้อยละ ๗	น้อยกว่าร้อยละ ๗	พร.	-แผน สธ.มค.	
				*๖๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๖๔	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary Care Cluster : SCC) - เพิ่มศักยภาพการวินิจฉัยด้วย CT/MRI ใน รพ.ที่ถูกชี้ตามเกณฑ์ pain point	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	พร.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
				- เพิ่มศักยภาพการรักษา OR (รพ. S+ สามารถผ่าตัดฉุกเฉินบางอย่างได้) - เพิ่มศักยภาพการรักษา ICU - จัดบริการด้วยระบบ Telemedicine					
		๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๖๕	*อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	คร.	-แผน สธ.มค.	
			๖๖	*อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
			๖๗	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	ระดับดีมาก ร้อยละ ๑๐๐	ระดับดีมาก ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๑๕. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๖๘	*ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	≥ร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมดผ่านตาม เกณฑ์ RDU hospital, RDU PCU, ร้านชำ RDU	≥ร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมดผ่านตาม เกณฑ์ RDU hospital, RDU PCU, ร้านชำ RDU	คบส.	-แผน สธ.มค.	
			๖๙	*อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	ร้อยละ ๓๘.๗๓	ร้อยละ ๓๘.๗๓	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๗๐	*อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	ไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๑๗. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	๗๑	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพในสถานชีวาภิบาล	≥ร้อยละ ๕๕	≥ร้อยละ ๕๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๑๘. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๗๒	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๒๐.๕	ร้อยละ ๒๐.๕	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ ก๑/ ต๑
			๗๓	*ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	พท.	-แผน สธ.มค.	
			๗๔	*ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ ก๑/ ต๑
		๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๗๕	*ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ ๗๔	≥ร้อยละ ๗๔	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ ก๔/ ต๑
			๗๖	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ร้อยละ ๘.๐ ต่อแสนปชก.	≤ร้อยละ ๘.๐ ต่อแสนปชก.	NCD	-แผน สธ.มค.	
				๗๖.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ปี	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๒๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)	๗๗	*อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ ๒๔	< ร้อยละ ๒๔	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๗๘	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๗๘.๑ Refracture Rate	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	พร.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		๒๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๗๙	*อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้ การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
				๗๙.๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๗๙.๒) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๖๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๗๙.๓) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ ๖๐	≥ร้อยละ ๖๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๒๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๘๐	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด					
				๘๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๘๐.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๘๐.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๘๑	**มะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	NCD	แผน สธ.มค.	
				*๘๑.๑) ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๖๐	NCD	แผน สธ.มค.	
				**๘๑.๒) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็ง ปากมดลูก ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	NCD	แผน สธ.มค.	
			๘๒	**มะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	พร.	แผน สธ.มค.	
				* ๘๒.๑)ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	พร.	แผน สธ.มค.	
				**๘๒.๒) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	พร.	แผน สธ.มค.	
				๘๒.๓ จัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	พร.	แผน สธ.มค.	
			๘๓	โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๒๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๘๔	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	≥ ร้อยละ ๖๖	≥ ร้อยละ ๖๖	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ ก๑/ ต๗
			๘๕	**ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า	ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐	ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐	NCD	แผน สธ.มค.	
		๒๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๘๖	*อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A และ S (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วน	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐	พร.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
				ของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕)					
		๒๕. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๘๗	*ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate)	มากกว่าร้อยละ ๖๐	มากกว่าร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑๐/ต๑
		๒๖. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)	๘๘	*ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๒๗. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery : ODS	๘๙	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	≥ ร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	≥ ร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๙๐	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)	<ร้อยละ ๕	<ร้อยละ ๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๒๘. โครงการกัญชาทางการแพทย์	๙๑	**ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์					
				๙๑.๑ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	เขตสุขภาพละ ๕ แห่ง	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	พร.	-แผน สธ.มค.	
				**๙๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	พร.	-แผน สธ.มค.	
				**๙๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	พร.	-แผน สธ.มค.	
				**๙๑.๔ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชา ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๒๙. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก	๙๒	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย					
				๙๒.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๔
				๙๒.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๕
				๙๒.๓ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๖
				๙๒.๔ อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๗
				๙๒.๕ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๘

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
				๙๒.๖ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๙
				๙๒.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๑๐
			๙๓	อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๑๑
			๙๔	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๑๒
				๙๔.๑ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๑๒
				๙๔.๒ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	อย่างน้อย ๑ แห่ง	อย่างน้อย ๑ แห่ง	ทส.	-แผน สธ.มค.	
			๙๕	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๒/ต๕
			๙๖	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ					
				๙๖.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๓
				๙๖.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๓/ก๔/ต๑๓
				๙๖.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	ทส.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ							
		๓๐. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๙๗	*อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	≤ร้อยละ ๑๒	≤ร้อยละ ๑๒	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๙๘	อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มี ข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๙๙	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๑๐๐	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๑๐๑	*ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ยุ๖/ก๑/ต๔
			๑๐๒	*อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	NCD	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ							
		๓๑. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ	๑๐๓	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ ก๑/ ต๕
			๑๐๔	ระดับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
			๑๐๕	*ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๑๐๖	ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง					
				๑๐๖.๑ ร้อยละผู้ต้องขังทุกรายได้รับการคัดกรอง วัณโรค เอดส์ มะเร็ง และได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๑๐๖.๒ ร้อยละการเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ ที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
				๑๐๖.๓ ร้อยละผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๑๐๗	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคน ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย							
		๓๒. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๑๐๘	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	ระดับ ๕	ระดับ ๕	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ ก๒/ ต๑
				๑๐๘.๑) เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน	ผ่านเกณฑ์ประเมิน	ผ่านเกณฑ์ประเมิน	พท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๐๙	*อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๐	พท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๑๐	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ ก๑/ ต๒
			๑๑๑	*ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา ๓๖ แห่ง	ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา ๓๖ แห่ง	พท.	-แผน สธ.มค.	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	**๑) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของจังหวัด ๒) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกัน**	**แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**							
		๓๓. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑๑๒	*ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	HR	-แผน สธ.มค.	
		๓๔. โครงการ Happy MOPH กระทรวง	๑๑๓	ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ					

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
	๓) มีการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ ๔) มีการมุ่งพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เป็น (๑) Strategic Partner (๒) Managerial Expert (๓) Change Agent (๔) Employee Champion : Performance ภายใต้วิถีพอเพียง	สาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข		๑๑๓.๑) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	HR	-แผน สธ.มค.	
				๑๑๓.๒) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๐	ระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๐	HR	-แผน สธ.มค.	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	๑) มีการมุ่งพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น (๑) Learning & Teaching Organization ภายใต้วิถีพอเพียง (๒) Good Governance ๒) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ ๓) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุกหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ๔) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๕) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ๖) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม	แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ						
		๓๕. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส	๑๑๔	*ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒	บท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๑๕	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
			๑๑๖	*ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	บท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๑๗	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กม.	-แผน สธ.มค.	
		๓๖. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๑๑๘	*ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
			๑๑๙	*ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓					
				*๑๑๙.๑) โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
				*๑๑๙.๒) โรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๑๒๐	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ	ร้อยละ	สสป.	-แผน สธ.มค.	
			๑๒๑	*สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS					
				*๑๒๑.๑) รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๑.) พร.	-แผน สธ.มค.	
				*๑๒๑.๒) สถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๒ แห่ง	อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๒ แห่ง	๑.) พร.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			๑๒๒	การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง	N/A	รอค่าเป้าหมายกระทรวง	พร.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ							
		๓๗. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ	๑๒๓	*จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	อย่างน้อย จังหวัดละ ๕ โรงพยาบาล	อย่างน้อย จังหวัดละ ๕ โรงพยาบาล	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๑๒๔	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HA IT	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๓๘. โครงการ Smart Hospital	๑๒๕	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ							
		๓๙. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑๒๖	*ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ ๗≤๔%/ ระดับ ๖≤๖%	ระดับ ๗≤๔%/ ระดับ ๖≤๖%	ปก.	-แผน สธ.มค.	
				๑๒๖.๑) หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (TPS ระดับ D ขึ้นไป)	รพ.ร้อยละ ๘๐	รพ.ร้อยละ ๘๐	ปก.	-แผน สธ.มค.	
				๑๒๖.๒) หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (คะแนน ๙๐ ขึ้นไป)	รพ.ร้อยละ ๘๐	รพ.ร้อยละ ๘๐	ปก.	-แผน สธ.มค.	
			๑๒๗	ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	อย่างน้อย ร้อยละ ๘๐	อย่างน้อย ร้อยละ ๘๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ							
		๔๐. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	๑๒๘	*จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง	อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง	พนย.	-แผน สธ.มค.	
			๑๒๙	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	วิจัยเชิงคลินิก อำเภอละ ๑ เรื่อง	วิจัยเชิงคลินิก อำเภอละ ๑ เรื่อง	พท.	-แผน สธ.มค.	

<u>หมายเหตุ</u>

* หมายถึง ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗

** หมายถึง ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗

- แผน สธ.มค. หมายถึง แผนยุทธศาสตร์สุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทั้ง ๑๓ อำเภอ (รพท. ๑ แห่ง/รพช. ๑๒ แห่ง/สสอ. ๑๓ แห่ง/ศสช. ๔ แห่ง/รพ.สต. ๔๗ แห่ง)

- แผน กสพ. หมายถึง แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ของ อบจ.มค. (รพ.สต. ๑๒๘ แห่ง)

- ความสอดคล้องกับ กสพ.(ย หมายถึง ยุทธศาสตร์ที่ ก หมายถึง กลยุทธ์ที่ ต หมายถึง ตัวชี้วัดที่)

๑๐. สรุปจำนวนแผนงาน/โครงการ และจำนวนตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม และการบูรณาการแผน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	จำนวนแผนงาน	จำนวนโครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	การบูรณาการแผน	
					แผน สธ.มค.	แผน กสพ.
๑	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๑	๑	๒	๒	๑
๒	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๑	๑	๒	๒	๑
๓	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)	๔	๑๑	๔๘	๔๐	๒๕
๔	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๕	๒๒	๕๘	๕๓	๒๐
๕	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	๑	๒	๒	๒	๐
๖	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	๔	๖	๑๖	๑๕	๐
รวม	**๖ ประเด็นยุทธศาสตร์**	**๑๖**	**๔๐**	**๑๒๙**	**๑๑๕**	**๕๑**

๑๑. สรุปแผนงาน/โครงการ จำนวนตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และจำนวนตัวชี้วัดที่บูรณาการกับแผน กสพ. ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	โครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัดที่บูรณาการกับแผน กสพ.
๑	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	๑. โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน	๒	๑
๒	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)	๒. โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)	๒	๑
๓	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)	แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๒๓	๑๙ (๘*)
			๔. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๑	๐
		แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	๕. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๑	๐
		แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๖. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑	๐
			๗. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๖	๐
			๘. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๑๐	๕ (๕*)
			๙. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๖	๒
		แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑๐. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑	๐

ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	โครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัดที่บูรณาการกับแผน กสพ.
๔	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	๑๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๓	๑
			๑๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.	๔	๔
		แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๔	๒ (๒*)
			๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๓	๐
			๑๕. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๒	๐
			๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๑	๐
			๑๗. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	๑	๐
			๑๘. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓	๒
			๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๒	๑ (๑*)
			๒๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)	๒	๐
			๒๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๑	๐
			๒๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๔	๐
			๒๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๒	๑
			๒๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๑	๐
			๒๕. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๑	๑
			๒๖. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)	๑	๐
			๒๗. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS	๒	๐
			๒๘. โครงการกัญชาทางการแพทย์	๑	๐

ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	โครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัดที่บูรณาการกับแผน กสพ.
			๒๙. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก	๕	๕ (๑๒*)
		แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๓๐. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๖	๑
		แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ	๓๑. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ	๕	๑
		แผนงานที่ ๑๑ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๓๒. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔	๒
๕	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๓๓. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๑	๐
			๓๔. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	๑	๐
๖	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๓๕. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส	๔	๐
			๓๖. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๕	๐
		แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	๓๗. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ	๒	๐
			๓๘. โครงการ Smart Hospital	๑	๐
		แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	๓๙. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๒	๐
		แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ	๔๐. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	๒	๐
รวม	**๖ ประเด็นยุทธศาสตร์**	**๑๖ แผนงาน**	**๔๐ โครงการ**	**๑๒๙**	**๓๕ (๑๕*)**
(๕๐*) หมายถึง การนับรวมตัวชี้วัดย่อยทุกตัว					



แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่
(พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)

ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

บทที่ ๓

ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม มียุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในการพัฒนาด้านสุขภาพระดับพื้นที่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
๑	**ยุทธศาสตร์การพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน**	๑.พัฒนาศักยภาพ อสม. ๔.๐	๑. จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้านครบทุกคนภายใน ๕ ปี ๒. อสม.มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๕ เมื่อเปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโครงการ ๓. ร้อยละ ๗๕ ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี
		๒.การส่งเสริมความเป็นเลิศและเสริมสร้างแรงจูงใจในการจัดการสุขภาพชุมชนของ อสม.	๑. เกิดนวัตกรรมสุขภาพชุมชนหน่วยบริการละ ๑ เรื่อง
		๓.การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพในระดับพื้นที่โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	๑. เกิดธรรมนูญสุขภาพตำบล ทุกตำบล ๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข ๓. ร้อยละ ๗๐ ของอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว ๔. ร้อยละ ๘๐ ของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่เป้าหมายมหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
๒	**ยุทธศาสตร์การควบคุมโรคติดต่อ**	๑.กลยุทธ์การรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในชุมชนและโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข	๑. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกินค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ๒. อัตราป่วยตายด้วยไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ๓. ร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน) ๔. พื้นที่เป้าหมายมีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			๕. ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล (เป้าหมาย) จัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๖. ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีความรู้ทางเพศศึกษา
		๒.กลยุทธ์การส่งเสริมสนับสนุนการควบคุมโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ	๑. จำนวนผู้ป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไม่เกิน ๕ คนต่อประชากร ๑ ล้านคน ต่อวัน ๒. ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ในพื้นที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ๓. ระดับความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ ๑๐๐ ๔. สามารออกสอบสวนโรคและปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ๕. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕
		๓.การพัฒนาระบบการประสานงาน วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลการระบาด กับหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้อง และ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค	๑. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐
๓	**ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ**	๑ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๑.ร้อยละ ๙๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการการฝากครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๒. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๖ ๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก ๕. ร้อยละ ๑๐๐ หญิงหลังคลอดได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ครบ ๓ ครั้งคุณภาพ ๖. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ๗. ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			๘. ร้อยละ ๙๖ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๙. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗ ๑๐. ร้อยละ ๓๐ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ๑๑. ร้อยละ ๙๗ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ๑๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔I ร้อยละ ๘๐ ๑๓. ร้อยละ ๖๔ ของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๑๔. ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี (ช.๑๑๓/ญ.๑๑๒ ซม.) ๑๕. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อละ ๖๐ ของหมู่บ้านรับผิดชอบ ๑๖. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมากไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐
		๒ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑. เด็กมหาสารคามมีระดับสติปัญญา (IQ) เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ จุด ๒. ร้อยละของเด็กมหาสารคามมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ ๓.ร้อยละ ๑๐ ของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ๔.ร้อยละ ๖๘ ของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ๕.ร้อยละ ๘๕ เด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ๖. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๕ ๗. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๓
		๓. กลยุทธ์ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑.วัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๗
		๔ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๑. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ ๘๐ ๒. ร้อยละ ๙๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			ตาม Care Plan ๓. ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก ๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ๕. ร้อยละ ๕๐ ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๖. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ร้อยละ ๓๐ ๗. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ≥ร้อยละ ๓๐ ๘. ร้อยละ ๑๐๐ ของเจ้าหน้าที่ที่ไปศึกษาดูงานมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น
		๕ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๑.ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มประชาชนให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์ ๒. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
		๖ การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ และร้อยละ ๘๐ ของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ๒. ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๘ ๓. ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๘ ๔. จำนวนเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (กลุ่มเป้าหมาย) ผ่านการอบรมหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
		๗ การส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๑.ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ประกอบการ/นักเรียน ผ่านการอบรมพัฒนาความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๒.ร้อยละ ๘๕ ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ๓.ร้อยละ ๘๕ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ๔.ร้านอาหาร ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (Clean Food Good Taste Plus) ทุกแห่ง ๕.ร้อยละร้านชำ ร้านอาหาร แผงลอย ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ทุกแห่ง
		๘ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สอน./รพ.สต.) ประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการ สปสช.ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ๒. ร้อยละ สอน. และ รพ.สต. พัฒนาผ่านมาตรฐานคุณภาพ (Quality Assurance Manual : QAM) ทุกแห่ง ๓. ร้อยละ ๖๐ ของ สอน. และ รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย) ๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ๕. ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๖. ร้อยละของเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๗. ร้อยละของเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๘. ร้อยละของเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ๙. ร้อยละของผู้มีอายุ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ๑๐. ร้อยละของผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			๑๑. ร้อยละของผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ๑๒. ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก เกณฑ์ขั้นต่ำไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ๑๓. ร้อยละ ๖๐ ของ สอน. และ รพ.สต.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ๑๔. จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป้าหมายเขตชนบทร้อยละ ๔๐
		๙ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑.ร้อยละ ๗๔ ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึง บริการสุขภาพจิต
		๑๐ การพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๑.ร้อยละการติดตามดูแล ผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๕๘ ๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงาน มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยติดยาเสพติด
		๑๑. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศของ สอน./รพ.สต. สังกัด อบจ.มหาสารคาม	๑. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีระบบการจัดเก็บฐานข้อมูลด้านสุขภาพของหน่วยบริการในสังกัด ที่มีประสิทธิภาพ ๒. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีช่องทางการรับข้อมูลการให้บริการในสังกัด และส่งเข้าระบบของ สปสช. ๓. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีรายงาน สติถิบริการ สภาวะสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ ๔. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีระบบสนับสนุนข้อมูล และพัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้จากการบริการ จากกองทุนต่าง ๆ ๕. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีบุคลากรมีศักยภาพในการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน ที่

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			ถูกต้อง มีมาตรฐาน ๖. กองสาธารณสุขมีระบบการบำรุงรักษาคอมพิวเตอร์และเครือข่ายแก่หน่วยบริการ ๗. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีการใช้เทคโนโลยีดิจิตัลมาช่วยในการบันทึกข้อมูล ๘. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีครุภัณฑ์คอมพิวเคอร์ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ๙. สอน./รพ.สต.ทุกแห่ง ในสังกัด อบจ.มหาสารคาม มีระบบอินเตอร์เน็ต ความเร็วสูงที่มีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการปฏิบัติงาน และรับ-ส่งข้อมูล ๑๐. สอน./รพ.สต. ทั้ง ๑๒๘ แห่ง มีระบบบันทึกข้อมูลบริการที่สามารถรองรับการส่ง ๔๓ แฟ้ม และการส่งเบิกเงินกองทุนต่าง ๆได้ อย่างมีประสิทธิภาพ
		๑๒. การพัฒนาบุคลากร ๑๒.๑ ปรับปรุงโครงสร้างและสรรหาอัตรากำลังให้เหมาะสมตามกรอบขนาด SML และภารกิจของ รพสต. ๑) จัดทำโครงสร้างองค์กร และสรรหาอัตรากำลังให้เหมาะสมตามกรอบขนาด SML และภารกิจของ รพสต.	๑. มีหลักเกณฑ์และมาตรฐานในการจัดรูปแบบโครงสร้าง รพสต ที่เหมาะสม ๒. มีหลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานในการกำหนดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงานและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของแต่ละพื้นที่และบริบท ๓. มีแนวทางการกำหนดอัตราส่วนของรายจ่ายด้านบุคลากรที่เหมาะสมของ รพสต ๔. มีการสรรหาบุคลากรตามหลักเกณฑ์ แนวทาง และมาตรฐานในการกำหนดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระงาน ขนาดรพสต และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงของแต่ละพื้นที่ ภายในระยะเวลาตามกรอบอัตรากำลัง ๓ ปี
		๒) ทบทวนต้นแบบสมรรถนะและพัฒนารูปแบบการประเมินสมรรถนะที่เหมาะสมตามประเภทกลุ่มบุคลากรในรพ.สต.	๑.มีรูปแบบการประเมินสมรรถนะที่เหมาะสมตามประเภทกลุ่มบุคลากรใน รพ.สต. ๒. มีคู่มือแนวทาง หลักเกณฑ์ การประเมินสมรรถนะบุคลากรให้แก่รพ.สต.แห่งละ ๑ เล่ม
		๓) พัฒนาบุคลากรรายบุคคล (Individual Development Plan:IDP)	๑ มีแผนความต้องการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร ตาม Job description ๒ มีคู่มือปฏิบัติงานด้านทรัพยากรบุคคลตาม Job description

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			๓ บุคลากรได้เข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพ ตามแผนความต้องการ
		๔) ส่งเสริม สร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานนำไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความผูกพัน (Engaged Organization)	๒ มีการกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในแต่ละสายงานวิชาชีพ มีกำหนดค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสมและเป็นธรรม โดยมีการทบทวนอย่างน้อยทุก ๒ ปีเพื่อจูงใจให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ๓ มีหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินกำหนดตำแหน่งและการประเมินค่างานสู่ระดับชำนาญการพิเศษหรืออาวุโส หรือเชียวชาญ ๔ มีหลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น โดยคำนึงถึงหลักวิชาการวัดผลความรู้ทักษะ ทัศนคติ สมรรถนะและคุณลักษณะอื่นๆที่จำเป็น ๕. เพื่อให้มีหลักเกณฑ์และวิธีการที่ชัดเจนในการข้ามสายงานโดยคำนึงถึงประสพการณ์ วิชาชีพ คุณวุฒิตามสายงาน และหลักความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และสมรรถนะ ๖ บุคลากรมีความเข้าใจในขั้นตอนและกรอบระยะเวลาที่ชัดเจนในการประเมินสมรรถนะบุคลากรเพื่อความก้าวหน้าตามแต่ละสายงาน
		๕) ส่งเสริมความสุขและสภาพแวดล้อมที่ดีในการปฏิบัติงาน	๑ สถานที่ทำงานมีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในที่ทำงาน ๒ บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรสร้างสุข
		๖) สร้างความสัมพันธ์และบริหารความแตกต่างของบุคลากรใน รพ.สต.	๑ บุคลากรในรพ.สต.และอบจ มีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกัน ๒ มีช่องทางแสดงความคิดเห็นหลากหลายช่องทาง
		๗) พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อการบริหารทรัพยากรบุคคลขององค์กรและเชื่อมโยงข้อมูลทรัพยากรบุคคลทุกหน่วยงาน	๑ มีโปรแกรมข้อมูลสารสนเทศด้านทรัพยากรบุคคลที่บูรณาการร่วมกัน ๒ มีนวตกรรมระบบข้อมูลสารสนเทศที่ทันสมัยและเหมาะสมกับองค์กร ๓ มีบุคลากรที่รับผิดชอบงานทรัพยากรบุคคล
		๘) พัฒนาหลักเกณฑ์ รูปแบบ เครื่องมือ และตัวชี้วัด สำหรับใช้ กำกับ ติดตาม และประเมินผล	๑ คณะกรรมการนิเทศงาน ติดตามประเมินผล มีการติดตามนิเทศประเมินผลการดำเนินงาน ๒ มีหลักเกณฑ์ รูปแบบ เครื่องมือ และตัวชี้วัด สำหรับใช้ กำกับ ติดตาม และประเมินผล

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			๓ มีแผนในการออกนิเทศงาน กำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ๔. บุคลากรใน รพ.สต.ได้รับคำแนะนำ และสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. มีการนำผลการนิเทศงานและประเมินผลการดำเนินงานมาพิจารณาเลื่อนระดับเงินเดือนบุคลากร
๔	**ยุทธศาสตร์การแพทย์แผนไทยและแผนไทยประยุกต์**	๑.พัฒนาการแพทย์แผนไทยการแพทย์ทางเลือกใน รพ.สต.	๑. อัตราการรับบริการการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของผู้รับบริการทุกประเภท ๒. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สต.เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓
		๒. ส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรอินทรีย์เชิงพาณิชย์	๑.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร (ตามเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนด)
๕	**ยุทธศาสตร์การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์**	๑.กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ	๑. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ร้อยละ ๘๐
		๒. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในระดับชุมชนและครอบครัว	๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Giver) มีศักยภาพเพิ่มขึ้น ๒. สุขภาพกายสุขภาพใจของผู้เข้าร่วมโครงการร้อยละ ๑๐๐ ได้รับการดูแล ๓. ร้อยละ ๖๐ ของผู้ได้รับการดูแลมีความสุขและมีภาวะซึมเศร้าลดลง
		๓. กลยุทธ์การส่งเสริมศักยภาพบุคคลากรและแหล่งเรียนรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	๑. ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ร้อยละ ๗๐ ๒. ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ ร้อยละ ๗๐ ๓. ชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อเนื่องเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๖๐
๖	**ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการและพัฒนาการแพทย์ฉุกเฉินและระบบการส่งต่อผู้ป่วย**	๑.พัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)	๑. อาสาสมัครสาธารณสุขผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ร้อยละ ๑๐๐ ๒. แกนนำครัวเรือน (อฉช.) ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) สอน./รพ.สต. จำนวน ๒๐๐ ครัวเรือน ๓. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency) (ระดับ ๕) ๔. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕
๗	**การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**	๑.การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑.๗๕ ๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ ๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ ๔. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ ๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ ๖. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ ๗. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ l/min/๑.๗๓m๒/yr (≥ ร้อยละ ๖๖) ๘. ร้อยละ ๕๐ ชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๑๐. ร้อยละ ๑๐๐ ของเจ้าหน้าที่ ที่ไปศึกษาดูงานมีความรู้และทักษะในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
		๒.กลยุทธ์ พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของ อสม. ที่ไปศึกษาดูงานมีความรู้และทักษะในการดูแลป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
		๓.กลยุทธ์ การส่งเสริม และสนับสนุนกลุ่มประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง	๑. ร้อยละ ๙๐ ของประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงได้รับการคัดกรองโรคเรื้อรัง ๒. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเสี่ยง มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัด
			๓. ร้อยละ ๖๐ ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ๔. ร้อยละ ๕๐ ของกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงเรียนเบาหวาน ๕.ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
		๔. การควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี	๑. ร้อยละ ๖๐ ของกลุ่มเป้าหมาย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี ๒. ร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ส่วนที่ ๒

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑
การพัฒนาขีดความสามารถ
ในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน
อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน
มุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข

แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข

แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

โครงการที่ ๑ : โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชนโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

เอกสารอยู่กับผู้รับผิดชอบงาน
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข

แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

โครงการที่ ๑ : โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. คำนิยาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพตามประเด็น โดยการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชัน ในการสร้างความรอบรู้ตามประเด็น ดังนี้

๑. หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงและการใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account แม่และเด็ก เขต ๗

๒. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๐-๕ ปี มีความรอบรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก ๐-๕ ปี

*หมายเหตุ กลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ มีการประเมินในตัวชี้วัดของกลุ่มวัยนั้นแล้ว

การประเมินสุขภาพด้วย Body Composition หมายถึง การใช้เครื่องมือในการวัดสัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย โดยใช้กระแสไฟฟ้าต่ำ ๆ ไหลผ่านเข้าสู่ร่างกายแล้ววัดความต้านทานต่อการไหลของกระแสในเนื้อเยื่อต่าง ๆ ของร่างกาย โดยที่ส่วนของกระดูก ไขมัน จะนำไฟฟ้าไม่ดี และมีแรงต้านทานต่อการไหลของกระแสไฟฟ้าสูง ในขณะที่เลือด อวัยวะภายใน และกล้ามเนื้อจะนำไฟฟ้าได้ดีและมีแรงต้านทานต่ำ จึงทำให้สามารถวิเคราะห์ส่วนประกอบของร่างกายอย่างละเอียด ทั้งในส่วนของมวลกระดูก กล้ามเนื้อ ไขมัน และปริมาณน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย ความสมดุลและความแข็งแรงของร่างกาย ประเมินภาวะโภชนาการของร่างกาย ทราบถึงปริมาณไขมันในร่างกาย โดยเฉพาะไขมันในช่องท้อง ตลอดจนวินิจฉัยภาวะสุขภาพโดยรวมได้

กลุ่มวัย หมายถึง ช่วงวัยในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ๑) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ปี) ๒) กลุ่มเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ๓) กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๑๙ ปี) ๔) กลุ่มวัยทำงาน (๑๙-๕๙ ปี) และ ๕) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	NA	๘๐	๘๐
๒. ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๙ ปี ขึ้นไปได้รับการประเมินผล Body Composition	NA	๓๐	๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีความรอบรู้สุขภาพตามประเด็นสำคัญ และได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) ด้วยเครื่อง Body Composition

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล	ประเมินการเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพตามประเด็น โดยการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชัน ในการสร้างความรอบรู้ตามประเด็น ดังนี้ ๑. หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงและการใช้แอปพลิเคชัน Line Official Account แม่และเด็ก เขต ๗ ๒. ผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๐-๕ ปี มีความรอบรู้และทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก ๐-๕ ปี *<u>หมายเหตุ</u> กลุ่มวัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ มีการประเมินในตัวชี้วัดของกลุ่มวัยนั้นแล้ว (วัยเรียน : ภายใต้การดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้, วัยทำงาน : ภายใต้การดำเนินงานองค์กรรอบรู้/ชุนรอบรู้, วัยสูงอายุ : ภายใต้การดำเนินงาน Blue Book)
ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๘ ปี ขึ้นไปได้รับการประเมินผล Body Composition	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ประเมินผล Body Composition และบันทึกข้อมูล ดังนี้ อายุ (ปี) น้ำหนัก (กิโลกรัม) ส่วนสูง (เซนติเมตร) รอบเอว (เซนติเมตร) ระดับไขมัน (ค่าคงที่ ๑-๕๐) เปอร์เซ็นต์ไขมัน (%) มวลกล้ามเนื้อ (กิโลกรัม) มวลกระดูก (กิโลกรัม) อัตราการเผาผลาญ และอายุกาย (ปี)
แหล่งข้อมูล	๑. โรงพยาบาลและ รพ.สต. บันทึกในฐานข้อมูล Health Status ของ สสจ. มหาสารคาม ดูข้อมูลผ่าน Google from

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ๒.๑ ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = ประชาชนทุกวัยเข้าถึง ความรอบรู้สุขภาพ ตามที่ผู้รับผิดชอบแต่ละงานกำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรทั้งหมด (ตามกลุ่มวัย)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล: ๒.๒ ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๙ ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินผล Body Composition	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๑๙ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจประเมินสถานสุขภาพ (Health Status) ด้วยเครื่อง Body Composition
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๑๙ ปี ขึ้นไป (Type area ๑, ๓)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

หมายเหตุ ๑. ประชากรเป้าหมาย (B) คือ Type area ๑ คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง Type area ๓ คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

๒. ประชากรเป้าหมาย แยกตามพื้นที่การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และ อปท.

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

PIRAB	การวิเคราะห์	แผนการดำเนินงาน
๑. Partnership	- การส่งเสริมป้องกันโรคต้องมีเรื่องสุขภาพในทุกๆ นโยบาย (Health in all policy) - เพิ่มคนสุขภาพดี โดยการคืนข้อมูลสุขภาพโดยการตรวจ Body Composition	ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อน “ตำบลเปี่ยมสุข สู่จุดหมาย มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข” โดยมีเวทีประชาคม มีมาตรการชุมชนในการดำเนินการและมีภาคีเครือข่าย 4 กระทรวงหลัก รวมทั้ง อปท.: อบจ เทศบาล อบต./สปสช.
๒. Invest	ทุนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	- กองทุนสุขภาพตำบล - งบ PPA/งบ สสส./งบ อบจ.
๓. Regulations	การมีกฎหมาย กฎระเบียบ ต่าง ๆ	คณะกรรมการ พชจ./พชอ./พชต./CIPO กลุ่มวัย/คณะกรรมการแต่ละกลุ่มวัย ดูแลกำกับติดตามการดำเนินงาน
๔. Advocacy	ต้องชี้นำ สื่อสารกับสังคมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เพิ่มการสื่อสารและใช้หลักการทำงานร่วมกัน โดยใช้ Application ต่างๆ และหลักการได้แก่ -๓ move/๓ H/๕ E (Health Literacy)
๕. Building Capacity	Literacy ด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและสามารถในการตัดสินใจว่าจะรับบริการอย่างไร จะปรับพฤติกรรมอย่างไร เรื่อง Health Literacy นี้สำคัญ เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ก็จะสามารถบริหารจัดการสุขภาพตัวเองได้ (Self-care/Self-management)	- มีระบบ Application ในการสื่อสารความรอบรู้ ได้แก่ Health Status ก้าวท้าใจ CCC - มีระบบฐานข้อมูล HDC (เชื่อมโยงฐานข้อมูลบริการ ใน รพ.สต.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด

๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพตามกลุ่มวัย และการบันทึกข้อมูลการเข้าถึง

๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) โดยใช้เครื่อง Body Composition และบันทึกข้อมูลการประเมินสถานะสุขภาพลงในระบบ

๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ.)

๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่และองค์การปกครองส่วนจังหวัด

๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCD /health Station

๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน

๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบ ทุก ๆ เดือน

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย อบจ. พชอ. รพช.

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรม

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๖. ประสานการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๖ เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ของประชาชน ๑๙ ปีขึ้นไป มาคำนวณดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว และจัดกลุ่มและกิจกรรมตามความเสี่ยง

๗. ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๗

๘. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่น ๆ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. จัดทำ คำสั่งระดับตำบล/รพ.สต. แผนงาน ทะเบียนการคัดกรองสุขภาพ

๒. มีแนวทางการดำเนินงาน/แผนการขับเคลื่อนงาน คัดกรองสถานะสุขภาพ (Health Status)/ประเมินแยกกลุ่มความเสี่ยง (เขียว เหลือง ส้ม)/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ติดตามผล

๒.๑ ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม

๒.๒ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้

๒.๓ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๗

๒.๔ กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูล น้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๙ ปีขึ้นไป

๓. บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Health Status ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโปรแกรมหลักของสถานบริการ

๔. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒
การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมือง
แห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน
(Goodness Power, Healthy & Happiness City)
มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับ ร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)
โครงการที่ ๒ : โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓ ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. คำนิยาม

ตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Plan) มีการจัดกิจกรรมดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และมีประเมินผลการดำเนินงาน (Result)

ตำบลจัดการสุขภาพดี หมายถึง ทุกหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบล จะต้องดำเนินการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจวัดค่าบ่งชี้สุขภาพเบื้องต้น ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง ดูแลสุขภาพและติดตามสุขภาพตนเอง ร่วมกับ อสม. บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข หมู่บ้าน/ชุมชนต้องมีการจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือที่ต้องดำเนินการในสถานีสุขภาพ (Health Station) โดยการขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณโครงการพระราชดำริ (หมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท) หรือจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สปสช.สมรรถนะของสถานีสุขภาพ (Health Station) มี ๓ ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ และคุ้มครองผู้บริโภคในการป้องกันภัยสุขภาพจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่สมเหตุผล

การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง กระบวนการปกป้องคุ้มครอง สิทธิของผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัยและได้รับความเป็นธรรมจากการบริโภค

ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตำบลต้องดำเนินการตามเกณฑ์ระดับพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี ๕ ระดับ ดังนี้

๑. ระดับพื้นฐาน : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายหมู่บ้านมี Health station ระดับพื้นฐาน น้อยกว่า ๑๐๐%

๒. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ หมู่บ้านมี Health station ระดับพื้นฐาน ๑๐๐%

๓. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ หมู่บ้านมี Health station ระดับดี ๕๐%

๔. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน หมู่บ้านมี Health station ระดับดีมาก ๓๐%

๕. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี หมู่บ้านมี Health station ระดับดีมาก ๕๐%

ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีผลการดำเนินงานระดับการพัฒนาระดับดีขึ้นไป (ดี ดีมาก ดีเยี่ยม)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข (ระดับ ๕ ดีเยี่ยม)	-	-	๓๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. ส่งเสริมการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) ทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจวัดค่าบ่งชี้สุขภาพเบื้องต้น ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง ดูแลสุขภาพและติดตามสุขภาพด้วยตนเอง

๓. พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๔. การยกระดับ อสม.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ให้มีทักษะในการเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงานส่งต่อข้อมูลภัยสุขภาพต่อเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน ร่วมมือกันจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

๕. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างชมรม อสม.ทุกระดับและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในบทบาทการติดตามกำกับผลลัพธ์การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม.ทุกหมู่บ้าน

๒. การประเมินระดับการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๓. สรุปผลการดำเนินงาน จากสถานีสุขภาพ (Health Station) ทุกหมู่บ้าน

๔. จากสรุปรายงานผลการดำเนินงานจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

๕. การบันทึกข้อมูล โปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนตำบลมีผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีระดับดีเยี่ยม

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด

รายการข้อมูล ๓ C = ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพดีระดับดีเยี่ยม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด C = (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด อำเภอและตำบล

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงาน ทุกระดับ

๓. ประชุมคณะทำงาน กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน แบบบูรณาการ มุ่งสู่ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและการคุ้มครองผู้บริโภค

๔. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม /สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๕. จัดทำเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน

๖. สำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับพื้นที่

๗. ประสานความร่วมมือชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม มีส่วนร่วมสนับสนุน ติดตาม กำกับผลลัพธ์การดำเนินงาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๘. คัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๙. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างตำบล และคณะทำงานทุกระดับ

๑๐. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานทุกระดับ

๑๑. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๒. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงาน แก่คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง (รวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ.ด้วย) และประธานชมรม อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล

๓. ประชุมคณะทำงานระดับจังหวัด กำหนดรูปแบบ หลักสูตร ชุดความรู้ โปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบรายงาน เพื่อตรียมพัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง มุ่งสู่ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและการคุ้มครองผู้บริโภค

๔. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม/สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๕. จัดทำเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน สนับสนุน อสม. และประชาชน

๖. สรุปผลการสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับพื้นที่ เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๗. ประสานความร่วมมือชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม มีส่วนร่วมสนับสนุน ติดตาม กำกับผลลัพธ์การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๘. คัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๙. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างตำบล และคณะทำงานระดับอำเภอ

๑๐. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ/ตำบล

๑๑. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๒. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง (รวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ.ด้วย) และประธานชมรม อสม. ระดับอำเภอและตำบล

๓. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม/สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๔. ส่งมอบเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน สนับสนุน อสม. และประชาชน

๕. สรุปผลการสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับพื้นที่ เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๖. คัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๗. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างตำบล และคณะทำงานระดับอำเภอ

๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับตำบล

๙. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๐. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑.แต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบล บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒.จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. อสม. ผู้นำหมู่บ้านและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ระดมทรัพยากรและวางแผนดำเนินการ

๓. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม /สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๔. ส่งมอบเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน สนับสนุน อสม. และประชาชน

๕. สรุปผลการสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับหมู่บ้าน เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๖. สนับสนุนการพัฒนาเป็นพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๗. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหมู่บ้าน และคณะทำงานระดับตำบล

๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน

๙. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๐. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐

๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔

๓. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๔. นางแฉล้ม รัตนพันธ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๕๕๕๒๒๗

๕. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับ ร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)
โครงการที่ ๒ : โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. คำนิยาม

ตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Plan) มีการจัดกิจกรรมดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และมีประเมินผลการดำเนินงาน (Result)

ตำบลจัดการสุขภาพดี หมายถึง ทุกหมู่บ้าน/ชุมชนในตำบล จะต้องดำเนินการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจวัดค่าบ่งชี้สุขภาพเบื้องต้น ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง ดูแลสุขภาพและติดตามสุขภาพตนเอง ร่วมกับ อสม. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หมู่บ้าน/ชุมชนต้องมีการจัดหาอุปกรณ์และเครื่องมือที่ต้องดำเนินการในสถานีสุขภาพ (Health Station) โดยการขอความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณโครงการพระราชดำริ (หมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท) หรือจากการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนจากงบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สปสช. สมรรถนะของสถานีสุขภาพ (Health Station) มี ๓ ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ และคุ้มครองผู้บริโภคในการป้องกันภัยสุขภาพจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่สมเหตุผล

การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง กระบวนการปกป้องคุ้มครอง สิทธิของผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคมีความปลอดภัยและได้รับความเป็นธรรมจากการบริโภค

ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตำบลต้องดำเนินการตามเกณฑ์ระดับพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มี ๕ ระดับ ดังนี้

๑. ระดับพื้นฐาน : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หมู่บ้านมี Health station ระดับพื้นฐาน น้อยกว่า ๑๐๐%

๒. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ หมู่บ้านมี Health station ระดับพื้นฐาน ๑๐๐%

๓. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ หมู่บ้านมี Health station ระดับดี ๕๐%

๔. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน หมู่บ้านมี Health station ระดับดีมาก ๓๐%

๕. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชน ในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี หมู่บ้านมี Health station ระดับดีมาก ๕๐%

ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีผลการดำเนินงานระดับการพัฒนาระดับดีขึ้นไป (ดี ดีมาก ดีเยี่ยม)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	-	-	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. ส่งเสริมการจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) ทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจวัดค่าบ่งชี้สุขภาพเบื้องต้น ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง ดูแลสุขภาพและติดตามสุขภาพด้วยตนเอง

๓. พัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพิ่มคนสุขภาพดี มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๔. การยกระดับ อสม.ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ให้มีทักษะในการเฝ้าระวัง เตือนภัย และรายงานส่งต่อข้อมูลภัยสุขภาพต่อเจ้าหน้าที่และประชาชนในชุมชน ร่วมมือกันจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

๕. ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างชมรม อสม.ทุกระดับและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในบทบาทการติดตามกำกับผลลัพธ์การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม.ทุกหมู่บ้าน

๒. การประเมินระดับการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๓. สรุปผลการดำเนินงาน จากสถานีสุขภาพ (Health Station) ทุกหมู่บ้าน

๔. จากสรุปรายงานผลการดำเนินงานจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

๕. การบันทึกข้อมูล โปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนตำบลมีผลการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพดีระดับดีขึ้นไป

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด

รายการข้อมูล ๓ C = ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพดีผ่านเกณฑ์

สูตรคำนวณตัวชี้วัด C = (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด อำเภอและตำบล

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงาน ทุกระดับ

๓. ประชุมคณะทำงาน กำหนดรูปแบบการดำเนินงาน แบบบูรณาการ มุ่งสู่ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและการคุ้มครองผู้บริโภค

๔. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม/สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๕. จัดทำเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน

๖. สำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับพื้นที่

๗. ประสานความร่วมมือชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม มีส่วนร่วมสนับสนุน ติดตาม กำกับผลลัพธ์การดำเนินงาน ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๘. คัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๙. กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างตำบล และคณะทำงานทุกระดับ

๑๐. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานทุกระดับ

๑๑. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๒. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานแก่ คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง (รวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ.ด้วย) และประธานชมรม อสม.ระดับอำเภอ/ตำบล

๓. ประชุมคณะทำงานระดับจังหวัด กำหนดรูปแบบ เหลักสูตร ชุดความรู้ โปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบรายงาน เพื่อตรียมพัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง มุ่งสู่ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและการคุ้มครองผู้บริโภค

๔. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม/สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๕. จัดทำเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน สนับสนุน อสม. และประชาชน

๖. สรุปผลการสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับพื้นที่ เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๗. ประสานความร่วมมือชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม มีส่วนร่วมสนับสนุน ติดตาม กำกับผลลัพธ์การดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๘. คัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๙. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างตำบล และคณะทำงานระดับอำเภอ

๑๐. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ/ตำบล

๑๑. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๒. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง (รวม รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ.ด้วย) และประธานชมรม อสม. ระดับอำเภอและตำบล

๓. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม /สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๔. ส่งมอบเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน สนับสนุน อสม. และประชาชน

๕. สรุปผลการสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับพื้นที่ เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๖. คัดเลือกพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๗. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างตำบล และคณะทำงานระดับอำเภอ

๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับตำบล

๙. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๐. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับตำบล บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒.จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับตำบล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. อสม. ผู้นำหมู่บ้านและเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล ระดมทรัพยากรและวางแผนดำเนินการ

๓. พัฒนาศักยภาพ อสม.และแกนนำที่เกี่ยวข้อง โดยการอบรม/สื่อสารผ่านไลน์กลุ่ม อสม.

๔. ส่งมอบเอกสารชุดความรู้ เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน สนับสนุน อสม. และประชาชน

๕. สรุปผลการสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบแรก คืนข้อมูลกลับหมู่บ้าน เพื่อนำไปพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อไป

๖. สนับสนุนการพัฒนาเป็นพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ

๗. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างหมู่บ้าน และคณะทำงานระดับตำบล

๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับหมู่บ้าน

๙. ประเมินผลการพัฒนา และสำรวจประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ครั้งที่ ๒

๑๐. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐

๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔

๓. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๔. นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๕๕๕๒๒๗

๕. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์

๒. คำนิยาม

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลก่อนคลอด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ (ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์) ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

รวมอยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ

๒. คำนิยาม

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์และคู่ได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละครั้งที่มารับบริการอย่างครบถ้วน เน้นหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ และได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๕ โดยกำหนดกิจกรรม ดังนี้

๑. การบริการฝากครรภ์คุณภาพมาตรฐานตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ โดยเน้นส่งเสริม สนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ และฝากครรภ์ต่อเนื่องตามเกณฑ์

๒. หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับบริการตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ในแต่ละช่วงอายุครรภ์อย่างครบถ้วน

๓. จัดเครือข่ายบริการฝากครรภ์และมีระบบส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีศักยภาพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในภาวะดังกล่าว โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมบริการ (สิทธิประโยชน์)	จำนวนครั้งที่ได้รับบริการ
๑. ฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ ครบทุกรายการดังนี้	
๒.๑ CBC for Hct/Hb	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๒.๒ คัดกรองธาลัสซีเมีย ด้วยวิธี MCV และ/หรือ DCIP หรือ Hb typing	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๒.๓ Anti-Hiv	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๒.๔ ไวรัสตับอักเสบบี	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๒.๕ คัดกรองโรคซิฟิลิส ด้วยวิธีVDRL หรือ TPHA หรือ Anti TP (กรณีโรงพยาบาลมีความพร้อม)	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและฝึกแปรงฟันและขัดทำความสะอาดฟัน	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๔. อัลตราซาวด์ผ่านหน้าท้องหรือช่องคลอด	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๕. การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ (รหัส Z๓๖.๐, Z๓๖.๒)	อย่างน้อย ๑ ครั้ง
๖. การตรวจโลหิตเพื่อค้นหาเบาหวาน ด้วยวิธี Lab GCT หรือ Lab OGTT หรือ Lab FBT หรือ Lab DTX	อย่างน้อย ๑ ครั้ง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราการฝากครรภ์คุณภาพครบเกณฑ์	N/A	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลก่อนคลอด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์และได้รับกิจกรรมบริการครบตามสิทธิประโยชน์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอด ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ในเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

รวมอยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๒. คำนิยาม

ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกิน ร้อยละ ๖	ไม่เกิน ร้อยละ ๗	ไม่เกิน ร้อยละ ๗

๔. วัตถุประสงค์

ป้องกันทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ

๒. คำนิยาม

ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีคะแนน APGAR ที่ ๑ นาที น้อยกว่าหรือมากกว่า ๗ คะแนน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ

๔. วัตถุประสงค์

ลดภาวะขาดออกซิเจน ในทารกแรกเกิด

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานการคลอด (ก๒), ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar score ที่ ๑ นาที $\leq$ ๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑,๐๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

รวมอยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. คำนิยาม

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด (ภายใน ๔๒ วัน) ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๗

๔. วัตถุประสงค์

ลดการตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด (ภายใน ๔๒ วัน)

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานการตายมารดา (ก๑), ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: อัตราส่วนมารดาตาย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ๖ สัปดาห์ (จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด

๒. คำนิยาม

คลอดก่อนกำหนด หมายถึง จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรในช่วงอายุครรภ์ ๒๔ ถึง ๓๖ สัปดาห์ ๖ วัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด	ไม่เกิน ร้อยละ ๙	ไม่เกิน ร้อยละ ๙	ไม่เกิน ร้อยละ ๙

๔. วัตถุประสงค์

ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ ๕๐ ของ (ผลการดำเนินงาน) ทุกปี

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละหญิงไทยคลอดก่อนกำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรในช่วงอายุครรภ์ ๒๔ ถึง ๓๖ สัปดาห์ ๖ วัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงสัญชาติไทยที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

๒. คำนิยาม

คลินิกส่งเสริมการมีบุตร หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล

การจัดระบบบริการสุขภาพ หมายถึง มีระบบการวางแผนมีบุตร สำหรับผู้หญิง สำหรับผู้ชาย บริการให้คำปรึกษาเทคนิคธรรมชาติ สำหรับคนอยากมีลูก และส่งต่อกรณีมีบุตรยาก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	NA	ร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงานที่จังหวัดจัดทำขึ้น

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานแม่และเด็ก ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตาม ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน/การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ประชุม MCH board ระดับจังหวัดทุก ๓ เดือน

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐)” และ“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ

๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ

๕. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team

๖. จัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงตามมาตรการการป้องกันมารดาเขตสุขภาพที่ ๗

๗. ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

๙. ส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต

๑๐. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์

๑๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการการทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ พยาบาล

๑๓. พัฒนาศักยภาพบุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก

๑๔. ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๑๕. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๑๖. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มและ surveillance system

๑๗. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน

๑๘. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.)

๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอทุก ๓ เดือน

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐)” และ“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอ

๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ

๕. สนับสนุน One province One MCH.B. Team

๖. จัดระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อพบสูตินรีแพทย์

๗. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๘. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผ่านโปรแกรม Save mom

๙. จัดระบบและขับเคลื่อนการใช้ line Account Official โดยมีแอดมินทุกอำเภอในการตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในกลุ่มไลน์

๑๐. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต

๑๑. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และหญิงตั้งครรภ์

๑๒. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชอ.

๑๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ

๑๔. พัฒนาศักยภาพบุคคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก

๑๕. จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๑๖. ร่วมพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๑๗. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มและ surveillance system

๑๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน

๑๙. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วันโดยใช้กลไก MCH. Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.)

๒. สร้างกระแส/รณรงค์ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐)” และ“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” เป็นนโยบายสำคัญตำบล

๓. จัดบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพให้ได้มาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก

๔. จัดระบบติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงรวมทั้งส่งต่อเพื่อพบแพทย์, สูตินรีแพทย์

๕. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๖. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๗. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต

๘. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์

๙. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชต.

๑๐. สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการตามคุณภาพ

๑๑. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มให้ถูกต้องตามเวลาที่กำหนด

๑๒. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒ เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม
ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๕ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น <u>จนมีพัฒนาการสมวัย</u>

๒. คำนิยาม

๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒. การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ด้วยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type ๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type ๓ ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

๓. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

๔. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒

๕. เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (สมวัยครั้งที่ ๒)

๖. เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)

๗. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น <u>จนมีพัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒) ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA๔I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ ภายในระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน) แล้วกลับมามีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง ๕ ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๗
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
๕. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น <u>จนมีพัฒนาการสมวัย</u>	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย
๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ
๓. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ และมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผล การตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	((A+B)/C) x ๑๐๐
รายการข้อมูล: ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล: ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ส่งต่อทันที) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล: ๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ที่ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล: ๕. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น **<u>จนมีพัฒนาการสมวัย</u>**	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัยจากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการ พชจ./พชอ. และ CIPO กลุ่มวัย

๒. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ

๓. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) กับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี โภชนาการดี พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน พร้อมต่อการเรียนรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

๒. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๓. นางนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

๒. คำนิยาม

๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒. สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

๓. สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +๑.๕ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

๔. สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๔	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๒. เพื่อพัฒนาการคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิก ANC WCC สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล:
A๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน
A๒ = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
A๓ = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
B๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
๑) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน = (A๑/B๑) × ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการ พชจ./พชอ. และ CIPO กลุ่มวัย

๒. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ

๓. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) กับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี โภชนาการดี พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน พร้อมต่อการเรียนรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

๒. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑ ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๒ ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น

๒. คำนิยาม

๑. การพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน หมายถึง การดำเนินงานลานเล่นในหมู่บ้านตามค่ากลางลานเล่นที่กำหนด และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพ

๒. ลานเล่นในหมู่บ้าน หมายถึง การดำเนินงานลานเล่นในหมู่บ้านตามค่ากลางลานเล่นที่กำหนด ประกอบด้วย ๕ กิจกรรมหลัก จำนวน ๑๖ ข้อย่อย ได้แก่ ๑) นโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการ ๒) สร้างสภาพแวดล้อม จำนวน ๓ ข้อย่อย ๓) กิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ในลานเล่น จำนวน ๔ ข้อย่อย และ ๔) การติดตามและประเมินผล จำนวน ๓ ข้อย่อย

๓. ลานเล่นคุณภาพ หมายถึง การดำเนินงานลานเล่นในหมู่บ้านตามค่ากลางลานเล่นที่กำหนด ประกอบด้วย ๕ กิจกรรมหลัก จำนวน ๑๖ ข้อย่อย และการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพ ๕ กิจกรรมหลัก จำนวน ๑๐ ข้อย่อย

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
๑. นโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการ	๑. กำหนดนโยบายให้มีลานเล่นในชุมชน ทุกหมู่บ้าน ๒. กำหนดนโยบายให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีและใช้คู่มือ DSPM ประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงอายุทุกคน ๓. กำหนดนโยบายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี เล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และดูโทรทัศน์ ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง/วัน ๔. ระดมทรัพยากรในชุมชน คน เงิน แรงงาน บูรณาการกับงานอื่นๆ ในชุมชน เช่น งานจิตอาสา และใช้งบประมาณจากโครงการพระราชดำริฯ	๑. ประชาคมคืนข้อมูลแก่ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการฯ แบบมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการและ อปท. สนับสนุนทรัพยากร ๒. ชุมชนมีการประกาศเป็นบันทึกข้อตกลง/นโยบายร่วมกัน ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในชุมชน

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
	๒๐,๐๐๐ บาท ต่อหมู่บ้าน หรือ กองทุนสุขภาพตำบล	๓. มีการจัดเวรดูแลเด็กในแต่ละวัน
๒. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้	๕. มีพื้นที่และขอบเขตชัดเจนที่เอื้อต่อการเรียนรู้และกิจกรรมของลานเล่นในชุมชน, อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย มีร่มไม้ หรือร่มเงา และพื้นของลานเล่นควรเป็นดิน /ทราย/หญ้า ๖. มีป้ายให้ความรู้ ประโยชน์ของการเล่นที่มีผลต่อสติปัญญาและการพัฒนาทักษะสมอง (EF) เพื่อสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ๗. สถานที่จัดทำลานเล่นเป็นสถานที่ที่ชุมชนพิจารณาคัดเลือกร่วมกัน ๘. มีของเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่น	๔. มีป้ายไวนิลให้ความรู้ เช่น ผลเสียของการเล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และดูโทรทัศน์, ประโยชน์การกินไข่, ยาเสริมธาตุเหล็ก, การเล่านิทาน, การเล่น, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ ๕. มีของเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่หลากหลาย
๓. กิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ในลานเล่น	๙. ปราชญ์ชาวบ้านและ อสม. ร่วมกันจัดทำของเล่นภูมิปัญญาท้องถิ่น ๑๐. จัดหาหนังสือนิทานสำหรับเด็ก ๐-๕ ปี และมีกิจกรรมการเล่านิทานในลานเล่น โดยผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน จิตอาสา นักเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก ๑๑. มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัย ในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าระวังความปลอดภัย โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดย อสม. นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดกิจกรรม ๑๒. ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม. ร่วม - ส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ DSPM - ส่งเสริมโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบศีรษะ ทุก ๓ เดือน ในเด็กภาวะโภชนาการปกติ และทุก ๑	๖. มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าระวังความปลอดภัย-โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดย อสม. นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดกิจกรรม ได้แก่ **๖.๑ กิน :** ๑) มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสาธิตการจัดอาหารตามวัยให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก <u>เน้น</u> กินไข่วันละฟอง และมีการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๖ เดือน–๕ ปี ทุกคน กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๒) มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/ความยาวเด็กปฐมวัย และสอนพ่อแม่ผู้ปกครองการแปรผลตามกราฟ

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
	เดือนในเด็กภาวะโภชนาการผิดปกติ หากพบผิดปกติ ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - มีการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจการได้ยิน ประเมินความเสี่ยงภาวะเสี่ยงด้านครอบครัว เด็กและสภาพแวดล้อม - จัดทำทะเบียนรายคน รายหมู่บ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง และจ่ายวิตามินให้เด็ก ๖ เดือน–๕ ปี ทุกคนสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๑๓. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองในลานเล่นชุมชน สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	การเจริญเติบโต **๖.๒ เล่น :** คนในชุมชนร่วมจัดทำของเล่นเพื่อส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็กทั้ง ๕ ด้าน ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น **๖.๓ เล่า :** ๑) มีมุมนิทาน มีระบบยืม/คืนของเล่นและหนังสือนิทานไปใช้ที่บ้าน ๒) มีกิจกรรมเล่านิทาน ในลานเล่นโดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก จิตอาสา ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น **๖.๔ ฟัน :** ๑) มีการสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กให้ พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๑ ครั้ง
๔. การติดตามและประเมินผล	๑๔. ประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ DSPM/DAIM ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ๑๕. ประเมินภาวะเสี่ยง ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ๑๖. ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการคืนข้อมูลสุขภาพเด็ก เช่น พัฒนาการและโภชนาการให้กับพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้อง (พชอ./พชต./คกก.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)	๗. มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนผู้ร่วมกิจกรรม/ใช้ลานเล่น ๘. มีการประเมินผลความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้อง ๙. มีการประเมินสภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ใช้บริการในลานเล่นเรื่องพัฒนาการ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการใช้หน้าจอ (โทรศัพท์ แท็บเล็ต และโทรทัศน์) ๑๐. มีการสรุปผลและข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมของพ่อแม่ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบ
๒. ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน

๒. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

หมู่บ้าน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ๑. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีลานเล่น ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล: ๒. ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีลานเล่นคุณภาพ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	A = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่มีลานเล่น ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการ พชจ./พชอ. และ CIPO กลุ่มวัย

๒. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ

๓. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) กับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี โภชนาการดี พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน พร้อมต่อการเรียนรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการ พชจ./พชอ. และ CIPO กลุ่มวัย

๒. ประชุม MCH board ระดับจังหวัดทุก ๓ เดือน, CPM จังหวัด/อำเภอ ๓ ครั้ง

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ

๔. ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการคลินิก WCC คุณภาพ มีโรงเรียนพ่อแม่ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM

๖. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๗. จัดทำหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อให้ชุมชนมีแนวปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชน

๘. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน best practice เช่น ลานเล่นในชุมชนและการส่งเสริมพัฒนาการตามภูมิปัญญาท้องถิ่น

๙. สนับสนุนให้สถานบริการบริการสาธารณสุขทุกระดับ และภาคีเครือข่าย มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก

๑๐. จัดทำแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน

๑๑. จัดทำแนวทางระบบการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเพื่อได้รับการวินิจฉัยโรค และแก้ไขปัญหาพัฒนาการ

๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย

๑๓. พัฒนาลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ

๑๔. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชนใน setting ต่างๆ

๑๕. ประเมินรับรองมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน

๑๖. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๑๗. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม

๑๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน /สรุปผล/ วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล โดยมีคณะกรรมการ พชอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอ

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล

๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานในคลินิก WCC คุณภาพ จัดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และจัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM

๖. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กปี ๒๕๖๐ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เน้นการดำเนินการตามบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) ในระดับอำเภอ/ตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พชอ.

๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติอาหารเด็ก อายุ ๖ เดือน–๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก

๙. จัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน และเน้นกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

๑๐. ส่งเสริมให้เกิดลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามภูมิปัญญาท้องถิ่น/เกิดนวัตกรรมในชุมชน

๑๑. ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า

๑๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/อสม. เรื่องพัฒนาการเด็ก/ Triple-P/โภชนาการ/สุขภาพช่องปาก/ วัคซีน ฯลฯ

๑๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอและตำบล ใน WCC/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/อสม.

๑๔. พัฒนาความรู้ ทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข

๑๕. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่างๆ เช่น ในชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น

๑๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง

๑๗. ส่งเสริมการใช้ Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก

๑๘. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media

๑๙. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice อำเภอที่มีการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น

๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือนทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก

๒๑. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๒๒. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม

๒๓. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/สรุปผล/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน/ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล โดยมีคณะกรรมการ พชอ. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอ

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอ และตำบล

๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานในคลินิก WCC คุณภาพ จัดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และจัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM

๖. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เน้นการดำเนินการตามบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) ในระดับตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พชอ.

๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติอาหารเด็ก อายุ ๖ เดือน–๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก

๙. จัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน และเน้นกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

๑๐. ส่งเสริมให้เกิดลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามภูมิปัญญาท้องถิ่น/เกิดนวัตกรรมในชุมชน

๑๑. ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า

๑๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/อสม. เรื่องพัฒนาการเด็ก/ Triple-P/โภชนาการ/สุขภาพช่องปาก/วัคซีน ฯลฯ

๑๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอและตำบล ใน WCC/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/อสม.

๑๔. พัฒนาความรู้ ทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข

๑๕. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่างๆ เช่น ในชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น

๑๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑๗. ส่งเสริมการใช้ Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก

๑๘. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media

๑๙. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice อำเภอที่มีการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น

๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือนทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก

๒๑. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๒๒. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม

๒๓. สรุปผลการดำเนินงาน/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙

๒. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก

๒. คำนิยาม

๑. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้ และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัย ครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปีหรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่ใช้ชื่อหลากหลายรวมทุกสังกัดในประเทศไทย ได้แก่

๑) กระทรวงมหาดไทย : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนอนุบาล

๒) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน

๓) กระทรวงสาธารณสุข : ศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาล

๔) กระทรวงศึกษาธิการ : โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และโรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน)

๖) หน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย

๒. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ประกอบด้วยมาตรฐาน ๓ ด้าน ได้แก่

มาตรฐานด้านที่ ๑ การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน ๕ ตัวบ่งชี้/ ๒๖ ข้อ

มาตรฐานด้านที่ ๒ ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน ๕ ตัวบ่งชี้/๒๐ ข้อ

มาตรฐานด้านที่ ๓ คุณภาพของเด็กปฐมวัย

- ๓ ก แรกเกิด ถึง ๒ ปี (๒ ปี๑๑ เดือน ๒๙ วัน) จำนวน ๒ ตัวบ่งชี้/๗ ข้อ
- ๓ ข ๓ ปีถึง ๖ ปี (ก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑) จำนวน ๗ ตัวบ่งชี้/๒๒ ข้อ

การประเมิน จะพิจารณาตามตัวบ่งชี้เป็นรายข้อย่อย ๔ ระดับคะแนน คือ ไม่ผ่าน (๐) ผ่านขั้นต้น (๑) ดี (๒) และดีมาก (๓) นำคะแนนมาตรฐานแต่ละด้าน คิดเป็นร้อยละ แล้วนำมารวมกัน ๓ ด้าน เฉลี่ยเป็นคะแนนรวม และนับจำนวนข้อที่ไม่ผ่านต้องปรับปรุง มาเป็นเกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพ ดังตารางการสรุปผลการประเมินของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ระดับคุณภาพ	เกณฑ์การพิจารณา	
	คะแนนเฉลี่ย	จำนวนข้อที่ต้องปรับปรุง
A ดีมาก	ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	ไม่มี
B ดี	ร้อยละ ๖๐-๗๙.๙๙	๑-๗ ข้อ
C ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น	ร้อยละ ๔๐-๕๙.๙๙	๘-๑๕ ข้อ
D ต้องปรับปรุง	ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐	๑๖ ข้อขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติระดับดีมาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย มีสุขภาพช่องปากที่ดี

๒. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพทั้งในเรื่องการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และคุณภาพของเด็กปฐมวัย

๓. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถานเด็กปฐมวัย

๕. แหล่งข้อมูล

ทีมประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด อำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระดับดีมาก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข

๒. สนับสนุนสื่อ/แผ่นพับ/คู่มือปฏิบัติงาน/แบบรายงาน/แบบคัดกรอง การส่งเสริมพัฒนาการโภชนาการ แก่แก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๓. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ในการดำเนินงานส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๔. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๘. แนวทางการดำเนินงานปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ทีมประเมินระดับจังหวัด/อำเภอ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่อยงานสาธารณสุข

๒. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๓. นิเทศ ติดตามและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๔. มอบโล่รางวัล/เกียรติบัตรแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ/ตำบล และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่อยงานสาธารณสุข

๒. ประชุมทีมประเมินระดับอำเภอเพื่อทบทวนเกณฑ์มาตรฐาน

๓. ส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๔. อบรมครูพี่เลี้ยงเด็ก/ผู้ประกอบการอาหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านพัฒนาการ/การเจริญเติบโต/ช่องปาก/โรคติดต่อ/สิ่งแวดล้อม/อาหารปลอดภัย *เน้นให้เด็กทุกคนได้กินไข่อย่างน้อย ๑ ฟอง/คน/วัน

๕. ประเมินรับรองและรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติให้จังหวัด ปีละ ๑ ครั้ง

๖. จัดทำสื่อ/แผ่นพับ/คู่มือปฏิบัติงาน/แบบรายงาน/แบบคัดกรองสนับสนุนแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๗. ประเมิน/ประกวดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับอำเภอ

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบโล่รางวัล/เกียรติบัตรแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับอำเภอ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับงานตำบล</u>

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ/ตำบล และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่อยงานสาธารณสุข

๒. ส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ

๓. ร่วมกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และส่งรายงานให้อำเภอ

๔. ร่วมกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ผู้ปกครองในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้วยกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน/Triple-P

๕. จัดโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๖. รณรงค์และประชาสัมพันธ์นมแม่ พัฒนาการเด็ก ฟัน วัคซีน อุบัติเหตุ โภชนาการ

๗. สนับสนุน ส่งเสริมภาวะโภชนาการในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย *เน้นให้เด็กทุกคนได้กินไข่อย่างน้อย ๑ ฟอง/คน/วัน

๘. กำกับติดตามให้ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทำการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามคู่มือ DSPM

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๗๐๓๑๐๘๙
๒. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓

๒. คำนิยาม

เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ

ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น

ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = ๑๐๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๗๐
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	๑๐๑.๕	ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓

๔. วัตถุประสงค์

๑. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย
๒. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี ๒๕๗๐ (สำรวจทุก ๕ ปี)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ปี ๒๕๗๐ จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้น ป.๑ ทั่วประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง

B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)

ระยะเวลาประเมินผล สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ประสานนโยบาย กับ สพป. ทั้ง ๓ เขต

๒. ประสานกิจกรรมพัฒนา IQ ร่วมกับ สพป. ทั้ง ๓ เขต

๓. ประสานการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา IQ ร่วมกับโรงเรียนโดยผ่าน สพป. ทั้ง ๓ เขต

- การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน
- การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน
- การจัดระบบบริการ ช่วยเหลือ/ติดตาม/ส่งต่อ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน

๔. วางแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ : ครอบครัว/ชุมชน/อปท./โรงเรียน

๕. ประสานการพัฒนา สมรรถนะแพทย์/เภสัชกร เรื่องการวินิจฉัยและการดูเด็กกลุ่มเสี่ยง และกำหนดแนวทางการส่งต่อ/วินิจฉัย ผ่านโครงการโรงพยาบาลจิตแพทย์พี่เลี้ยง พร้อมกำหนดแม่เครือข่าย (Node) และลูกข่าย เพื่อการส่งต่อ/วินิจฉัย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนา IQ เด็กวัยเรียนของอำเภอ

๒. ประสานการจัดบริการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา IQ ร่วมกับโรงเรียนตามแนวทาง ดังนี้

- การคัดกรอง
- การช่วยเหลือเบื้องต้น
- การส่งต่อ
- การติดตามดูแลต่อเนื่อง

๓. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน

๓.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้

- แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ.
- KUS-SI Rating Scales (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- SNAP-IV (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)

- แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ.

๓.๒ การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/ อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้

- แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ)
- แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ)

๔. จัดให้มีบุคลากรผู้รับผิดชอบในการพัฒนา IQ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล (พยาบาลสุขภาพจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ฯลฯ

๕. สรุปผลการดำเนินงานและทบทวนระบบการพัฒนา IQ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไป

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน

๑.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้

- แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ.
- KUS-SI Rating Scales (ส่งต่อให้ พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- SNAP-IV (ส่งต่อให้ พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ.

๑.๒ การคัดกรองปัญหา ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้

- แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ)
- แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ)

๒. ส่งต่อข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นและติดตามดูแลต่อเนื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน
๑๗.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ร้อยละ ๘๐
๑๗.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖
ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๒๐

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กอายุ ๖ ปีเต็ม ถึง ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่อยู่ในพื้นที่ของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ S.D. ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน โดยมีค่าระหว่าง -๑.๕ S.D. ถึง +๑.๕ S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

โรงเรียน หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนมัธยมศึกษา ทุกสังกัด

โรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความพร้อมและสมัครเข้าสู่กระบวนการ ได้มีการประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน และผ่านการรับรองจากกรมอนามัย สะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง	-	-	๘๐
๒. ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๖๖	๖๖	๖๖
๓. ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๑๐	๑๕	๒๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม มีภาวะการเจริญเติบโตสมวัย

๒. เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

๒. ข้อมูลจากโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

๑. เด็กนักเรียน (๖-๑๔ ปี) สูงดีสมส่วน $\frac{\text{จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน}}{\text{จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด}} \times ๑๐๐$
๒. ความครอบคลุมของเด็กวัยเรียน ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง $\frac{\text{จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด}}{\text{จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ทั้งหมดในพื้นที่}} \times ๑๐๐$
๓. ร้อยละโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) $\frac{\text{จำนวนโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)}}{\text{จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่}} \times ๑๐๐$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนา ขับเคลื่อน ติดตาม ประเมินผล นโยบายและแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มคุณค่าและใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู แกนนำนักเรียนและนักเรียนในโรงเรียน ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

๓. พัฒนาและรักษามาตรฐานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ยกระดับสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล

๔. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนกับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเด็กวัยเรียนสุขภาพดี แบบมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับจังหวัด คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล คณะกรรมการประกวดโครงงานสุขภาพนักเรียน และปรับปรุงทะเบียนผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ทุกภาคส่วนให้เป็นปัจจุบัน

๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียนส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่ประเมินภาวะโภชนาการนักเรียน แล้วบันทึกข้อมูล ในระบบรายงาน HDC เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้ วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ ๒ ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล ๒ ภาคเรียน คือ :

ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๖) ลงข้อมูลเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๖-๓๑ มกราคม ๒๕๖๗ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๗) ลงข้อมูลเดือนพฤษภาคม-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

๓. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู แกนนำนักเรียนและนักเรียนในโรงเรียน ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน การจัดการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการสุขภาพเด็กวัยเรียน

- พัฒนาศักยภาพและทักษะการตรวจคัดกรองสุขภาพ การคัดกรองสายตาและการได้ยินในนักเรียน
- สร้างเสริมและพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน
- ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- พัฒนาศักยภาพทีมผู้ประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School : GSHPS) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรภาคการศึกษาครอบคลุมทุกพื้นที่
- ค้นหา best practice ในพื้นที่เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน โรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ รวมทั้งโครงงานสุขภาพนักเรียนด้านสุขภาพและด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เผยแพร่และส่งประกวดในระดับเขตสุขภาพต่อไป

๔. ขับเคลื่อนการดำเนินงานและรักษามาตรฐานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ของเด็กวัยเรียนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในยุคปัจจุบัน โดยโรงเรียนที่มีความพร้อมและสมัครเข้าสู่กระบวนการ ได้มีการประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนของกรมอนามัย ที่ https://gshps-th.com/hps/signin.php ดำเนินการร่วมกันทั้งส่วนศึกษาและส่วนสาธารณสุข ทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์สุขภาพของนักเรียน จนผ่านการรับรองจากกรมอนามัย และยกระดับโรงเรียนที่มีความพร้อมพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School: GSHPS) (เดิม คือ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ) เพื่อให้เด็กวัยเรียนเก่ง ดี มีทักษะ แข็งแรง เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดี และมีคุณภาพ โดยทำการลงทะเบียนในโปรแกรมและเข้าร่วมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป ที่เว็บไซต์ https://gshps-th.com/

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทุกระดับ พัฒนาช่องทางการสื่อสารให้เข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรในเครือข่ายที่มีความหลากหลายของช่วงวัย เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนกับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๖. นิเทศ กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่าและการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริรัตน์ จ่ากุญชร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙ ๖๙๓๗ ๙๐๙๗ E-mail. sirirat.phe@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป

๒. คำนิยาม

เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ

ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือปลอบใจผู้อื่น อดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมที่จะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง

ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีประมาณ ๒๕๖๔	ปีประมาณ ๒๕๖๕	ปีประมาณ ๒๕๖๖-๒๕๗๐
ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย
๒. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากผลการประเมินตาม “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู”

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : โรงเรียนประถมศึกษา ๑ แห่ง ใน ๑ อำเภอ เป็นตัวแทนการประเมินครั้งนี้ โดยผลการประเมินได้จากการประเมินตาม “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู”

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า

B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี ๒๕๖๗

(โรงเรียนประถมศึกษา ๑ แห่งใน ๑ อำเภอ ที่เป็นพื้นที่เดียวกับการประเมินโรงเรียนเพชร เป็นตัวแทนประเมินครั้งนี้ โดยผลการประเมินได้จาก “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู”)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ประสานนโยบาย กับ สพป. ทั้ง ๓ เขต

๒. ประสานกิจกรรมพัฒนา EQ ร่วมกับ สพป. ทั้ง ๓ เขต

๓. ประสานการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา EQ ร่วมกับโรงเรียนโดยผ่าน สพป. ทั้ง ๓ เขต

- การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน
- การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน
- การจัดระบบบริการ ช่วยเหลือ/ติดตาม/ส่งต่อ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน

๔. วางแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ครอบครัว/ชุมชน/อปท./โรงเรียน

๕. ประสานการพัฒนา สมรรถนะแพทย์/เภสัชกร เรื่องการวินิจฉัยและการดูเด็กกลุ่มเสี่ยง และกำหนดแนวทางการส่งต่อ/วินิจฉัย ผ่านโครงการโรงพยาบาลจิตแพทย์พี่เลี้ยง พร้อมกำหนดแม่เครือข่าย (Node) และลูกข่าย เพื่อการส่งต่อ/วินิจฉัย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนา EQ เด็กวัยเรียนของอำเภอ

๒. ประสานการจัดบริการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา EQ ร่วมกับโรงเรียนตามแนวทาง ดังนี้

- การคัดกรอง
- การช่วยเหลือเบื้องต้น

- การส่งต่อ
- การติดตามดูแลต่อเนื่อง

๓. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน

๓.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้

- แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ.
- KUS-SI Rating Scales (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- SNAP-IV (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ.

๓.๒. การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้

- แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ)
- แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ)

๔. จัดให้มีบุคลากรผู้รับผิดชอบในการพัฒนา EQ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล (พยาบาลสุขภาพจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ฯลฯ

๕. สรุปผลการดำเนินงานและทบทวนระบบการพัฒนา EQ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไป

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน

๑.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้

- แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ.
- KUS-SI Rating Scales (ส่งต่อให้พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- SNAP-IV (ส่งต่อให้พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ)
- แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ.

๑.๒ การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้

- แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ)
- แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ)

๒. ส่งต่อข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นและติดตามดูแลต่อเนื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน

๒. คำนิยาม

จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๒๕	ไม่เกิน ๒๓	ไม่เกิน ๒๓

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพและประชากรกลางปีจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๒. ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ ๑๕–๑๙ ปี ที่มีในแฟ้ม Labor

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕–๑๙ ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิด มีชีพ (LBORN) และประชากร Type Area = ๑, ๓)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงอายุ๑๕-๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรType Area=๑,๓)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากระบบ HDC = (A/B) X ๑,๐๐๐
รายการข้อมูล ๓ adjusted	A : ค่า adjusted = อัตราคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากฐานทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ B : อัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากระบบ HDC ไตรมาสที่ ๑ = อัตราคลอด HDCณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ X ๔ ไตรมาสที่ ๒ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๒ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ X ๔/๒ ไตรมาสที่ ๓ = อัตราคลอด HDCณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ X ๔/๓ ไตรมาสที่ ๔ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ X ๔/๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒	axb = การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted)

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

วิธีการประเมินผล ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

รอบ ๓ เดือน	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดมหาสารคาม

๒. ผ่านกลไก พชอ. พชต. ศชร. ตำบลเปี่ยมสุข และ CIPO กลุ่มวัย

๓. ผ่านผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น ระดับอำเภอ ตำบล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ยกระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

๒. เพิ่มทักษะชีวิตที่ดี

๓. เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร YFHS ฉบับบูรณาการ เป็นส่วนตัว รักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค

๔. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวก และมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการปรึกษาทางเลือก สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์รวมถึงได้รับบริการที่เป็นมิตร และถูกต้องตามหลักวิชาการในการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอด หรือการยุติการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

๖. ใช้กระบวนการ PIRAB ในการดำเนินงาน

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙ E-mail : pisamai.sri@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๒. คำนิยาม

ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ ครั้งที่ ๒ ขึ้นไป ต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพการคลอดไร้ชีพและการแท้งทุกประเภท

๓. เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี (adjusted)	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๓.๕	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๓.๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการทำแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูลที่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๒ เป็นต้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการเนื่องจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ด้วยเรื่องการคลอด และการแท้งในสถานบริการสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด BTYPE (LABOR) = ๑-๖ - อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปัดเศษลง< ๒๐ ปี - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID+BDATE)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอดการคลอด/ แท้งบุตรจากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด BTYPE (LABOR) = ๑-๖ - อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปัดเศษลง< ๒๐ ปี นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID+BDATE)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดมหาสารคาม

๒. ผ่านกลไก พชอ. พชต. ศชร. ตำบลเปี่ยมสุข และ CIPO กลุ่มวัย

๓. ผ่านผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น ระดับอำเภอ ตำบล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ยกระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

๒. เพิ่มทักษะชีวิตที่ดี

๓. เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร YFHS ฉบับบูรณาการ เป็นส่วนตัว รักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค

๔. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวก และมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการปรึกษาทางเลือก สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์รวมถึงได้รับบริการที่เป็นมิตร และถูกต้องตามหลักวิชาการในการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอด หรือการยุติการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

๖. ใช้กระบวนการ PIRAB ในการดำเนินงาน

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๘๖๗ ๔๓๙๙ E-mail : pisamai.sri@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ

๒. คำนิยาม

๑. วัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๙ ปีเต็ม ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒. ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง ๑๘.๕-๒๒.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร มีสูตรการคำนวณดังนี้

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

หมายเหตุ : ทศนิยม ๑ ตำแหน่ง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	๕๓*	๕๒	๕๔

***เป้าหมายปี ๒๕๖๕** ประชาชนอายุ ๓๐ ปีเต็ม ถึง ๔๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) และมีความรอบรู้สุขภาพส่งผลให้มีดัชนีมวลกายปกติ

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	**วัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ**
	๑. ชั่งน้ำหนัก ใช้หน่วยกิโลกรัม วัดส่วนสูง ใช้หน่วยเซนติเมตร หน่วยงานระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก ๔๒.๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐.๒ เซนติเมตร ๒. โรงพยาบาล และ รพ.สต. บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU, MyPCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ดูข้อมูลผ่าน HDC
แหล่งข้อมูล	๑. Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDSCREEN และ NUTRITION

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
รายการข้อมูล ๒	B = **จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ** ๑๙ - ๕๙ ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

หมายเหตุ :

๑. ประชากรเป้าหมาย (B) คือ Type area ๑ คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง Type area ๓ คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

๒. ประชากรเป้าหมาย แยกตามพื้นที่การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และ อปท.

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๑ ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

อยู่ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๑ ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail: piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๑ ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ

๒. คำนิยาม

๑. วัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๙ ปีเต็ม ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒. รอบเอวปกติ หมายถึง มีรอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง (รอบเอว และส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร)

หมายเหตุ ทศนิยม ๑ ตำแหน่ง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ	NA	๕๔	๕๖

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) และมีความรอบรู้สุขภาพส่งผลให้มีรอบเอวปกติ

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ
แหล่งข้อมูล	๑. Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDSCREEN และ NUTRITION
	๑. วัดรอบเอวผ่านสะดือ และวัดส่วนสูง ใช้หน่วยเซนติเมตร บันทึกข้อมูลด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง ๒. โรงพยาบาล และ รพ.สต. บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU, MyPCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ดูข้อมูลผ่าน HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี ที่วัดรอบเอวทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

หมายเหตุ ๑. ประชากรเป้าหมาย (B) คือ Type area ๑ คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง, Type area ๓ คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

๒. ประชากรเป้าหมาย แยกตามพื้นที่การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และ อปท.

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

PIRAB	การวิเคราะห์	แผนการดำเนินงาน
๑. Partnership	การส่งเสริมป้องกันโรคต้องมีเรื่องสุขภาพในทุกๆ นโยบาย (Health in all policy)	ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อน “ตำบลเปี่ยมสุข สู่จุดหมาย มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข” โดยมีเวทีประชาคม มีมาตรการชุมชนในการดำเนินการและมีภาคีเครือข่าย ๔ กระทรวงหลัก รวมทั้ง อปท. อบจ. เทศบาล อบต. สปสช.
๒. Invest	ทุนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	- กองทุนสุขภาพตำบล - งบ PPA/สสส./อบจ.
๓. Regulations	การมีกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ	คณะกรรมการ พชจ./พชอ./พชต./ CIPO กลุ่มวัย/คณะกรรมการแต่ละกลุ่มวัย ดูแลกำกับติดตามการดำเนินงาน
๔. Advocacy	ต้องชี้นำ สื่อสารกับสังคมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	เพิ่มการสื่อสารและใช้หลักการทำงานร่วมกันโดยใช้ Application ต่างๆ และหลักการ ได้แก่ ๓ move/๓ H/๕ E (Health Literacy)
๕. Building Capacity	คือ Literacy ด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและสามารถในการตัดสินใจว่าจะรับบริการอย่างไร จะปรับพฤติกรรมอย่างไร เรื่อง Health	- มีระบบ Application ในการสื่อสารความรอบรู้ ได้แก่ Health Status ก้าวท้าใจ CCC - มีระบบฐานข้อมูล HDC (เชื่อมโยงฐานข้อมูลบริการใน รพ.สต.)

PIRAB	การวิเคราะห์	แผนการดำเนินงาน
	Literacy นี้สำคัญ เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ก็จะสามารถบริหารจัดการสุขภาพตัวเองได้ (Self-care/Self-management)	

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด

๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา

๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ)

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่ และองค์การปกครองส่วนจังหวัด

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCD

๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน

๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ทุกๆ เดือน

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย อบจ. พชอ. รพช.

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรม

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๖. บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วงตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๖ เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว

๖.๑ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้

๖.๒ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๗

๖.๓. กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลน้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี

๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. จัดทำ คำสั่งระดับตำบล/รพ.สต. แผนงาน ทะเบียนการคัดกรองสุขภาพ

๒. มีแนวทางการดำเนินงาน/แผนการขับเคลื่อนงาน
คัดกรองสถานะสุขภาพ (Health Status)/ประเมินแยกกลุ่มความเสี่ยง (เขียว เหลือง ส้ม)/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ติดตามผล

๒.๑ ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๖ เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว

๒.๒ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้

๒.๓ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๗

๒.๔ กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลน้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี

๓. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC

๔. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail: piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan

๒. คำนิยาม

๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๒. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

๓. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง

- การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ ๑๒ เดือน
- ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

****** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย และ ๔๓ แฟ้ม HDC**

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย Care Manager/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๕. แหล่งข้อมูล

๑. Blue Book Application กรมอนามัย

๒. ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย

๓. ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๔. ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข

๕. ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข

๖. DOH Dashboard กรมอนามัย

หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)

๖. รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการLTC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ และตำบลเปี่ยมสุข ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.), คณะอนุกรรมการ CIPO กลุ่มวัย และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. มี Care manager, Care giver, Care community และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุใน รพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง

๖. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ

๖.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๖.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๖.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๖.๖ มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

๒. คำนิยาม

๑. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

๒. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๖ องค์ประกอบ (การเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี ความสุข และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย) พบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ ๑ องค์ประกอบขึ้นไป

๓. แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”

แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่

๑) ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
๒) ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
๓) ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
๔) ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี
๕) ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ
๖) ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

๔. ได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้

๑) ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้
๒) ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ
๔) นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง

๕) หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่

๖) ปรับปรุง/พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

๗) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ

๘) เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัวต่อไป

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข

๒. ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข

๓. ระบบโปรแกรม https://wellnessplan.anamai.moph.go.th/

๖. รายการข้อมูล ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ และตำบลเปี่ยมสุข ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.), คณะอนุกรรมการ CIPO กลุ่มวัย และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. มี Care manager, Care giver, Care community และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุในรพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง

๖. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ

๖.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๖.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๖.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๖.๖ มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน
๒๕.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๒. คำนิยาม

๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๒. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ ๑๒ เดือน
- ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ ๒ ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ ๓ มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ
- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาด และควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล
- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ ๔ มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุ ลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ ๕ มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ ๑๒ เดือน ดีขึ้น ในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน
- กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ ๖ มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM/CG/และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ ๖ องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE–Accreditation) ภายในระยะเวลา ๓ ปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล/ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๕. แหล่งข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน

<u>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</u> ดังนี้

๑. ระบบการคีย์ผลรายงานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ในรหัส special pp (สนย.)

๒. ระบบรายงาน Health data center report (ข้อมูลสรุปจาก ๔๓ แฟ้ม)

๓. โปรแกรม ltc.nhso.go.th/ltc (นำเข้ากลุ่มพึ่งพิงและบันทึกคะแนน ADL หลังบริการ ๑๒ เดือน)

๔. โปรแกรม ltc.moph.go.th (บันทึก CG CM CP ประเมินการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและประเมินตำบล LTC)

๕. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

๖. รายการข้อมูล : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ และตำบลเปี่ยมสุข ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.), คณะอนุกรรมการ CIPO กลุ่มวัย และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. มี Care manager, Care giver, Care community และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุในรพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง

๖. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ

๖.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๖.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๖.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๖.๖ มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

๒. คำนิยาม

๑) คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน หมายถึง มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ทุกหัวข้อ

• มีระบบการคัดกรอง หรือ รับส่งต่อจากระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

• มีการประเมิน วินิจฉัย กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย ๒ จาก ๙ เรื่อง

• มีระบบการดูแลรักษา กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย ๒ จาก ๙ เรื่อง

• กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ คือ ๑.ด้านความคิดความจำ ๒.ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ๓.ด้านการขาดสารอาหาร ๔.ด้านการมองเห็น ๕.ด้านการได้ยิน ๖.ด้านภาวะซึมเศร้า ๗.ด้านการกลั้นปัสสาวะ ๘.ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ ๙.ช่องปาก

• มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ และปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุไว้ให้พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก

• มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการรักษากลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม

๒) คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุขึ้นเป็นการเฉพาะ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของกรมการแพทย์ ในระดับ ๒๐ คะแนนขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย โรงพยาบาลทุกแห่ง

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะรพ.ขนาด M๒ ขึ้นไป)	≥ ๗๕%	≥ ๗๕%	๑๐๐%

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูล จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดย รพท./รพช.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้

๑. ประเมินตามแบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และรายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๒. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M๒ ขึ้นไปที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M๒ ขึ้นไปทั้งหมด
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**<u>ระดับพื้นฐาน</u>** ร้อยละของรพ.ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป (A+B)/D × ๑๐๐ **<u>ระดับคุณภาพ</u>** ร้อยละของ รพ. ขนาด M๒ ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ (B/C) × ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ และตำบลเปี่ยมสุขผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.), คณะอนุกรรมการ CIPO กลุ่มวัย และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. มี Care manager, Care giver, Care community และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุในรพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง

๖. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ

๖.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๖.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๖.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๖.๖ มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๗ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒. คำนิยาม

๑) คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพตามที่กรมการแพทย์กำหนด)

๒) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (๑) ภาวะพลัดตกหกล้ม (๒)

๓) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะพลัดตกหกล้ม

๔) การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย

- การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกรายรอบ ๑๒ เดือน
- การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)
- การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๒๗.๑ ภาวะสมองเสื่อม	> ร้อยละ ๓๐	> ร้อยละ ๔๐	> ร้อยละ ๕๐
๒๗.๒ ภาวะพลัดตกหกล้ม	> ร้อยละ ๓๐	> ร้อยละ ๔๐	> ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูล

จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดย รพท./รพช. ผ่าน Website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ประเมินตามแบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และรายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๒. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และเขตสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล :

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x ๑๐๐
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (C/D) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ และตำบลเปี่ยมสุขผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.), คณะอนุกรรมการ CIPO กลุ่มวัย และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. มี Care manager, Care giver, Care community และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุในรพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง

๖. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ

๖.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๖.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๖.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๖.๖ มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

๗. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๘ อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

๒. คำนิยาม

๑. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ซักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาวะที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้

๓. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีทักษะ (๑) การค้นหาคำตอบที่ต้องการ (๒) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น (๓) การตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และ (๔) การประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็นและสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ (เพื่อให้ มีความหมายตรงกับ Health Literacy)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (ร้อยละ)	๗๑	๗๒	๗๓

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการ บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. การสำรวจในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ระดับชาติ (ฉบับย่อ ๑๗ คำถาม ปรับปรุง ปี ๒๕๖๕) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะประเมินทักษะที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ทำ ไม่ได้เลยหรือไม่เคยทำ (๐ คะแนน) ทำได้ยากมาก (๑ คะแนน) ทำได้ยาก (๒ คะแนน) ทำได้ง่าย (๓ คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (๔ คะแนน) ทั้งนี้ เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพียงพอ

ขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ ๔๕ คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ของ The European Health Literacy Project ๒๐๐๙-๒๐๑๒ ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่าร้อยละ ๖๖ ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

๒. เว็บไซต์ สาสุข อุ่นใจ ชาเลนจ์ ปี ๒๕๖๗ (HLO/HLC)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	
รายการข้อมูล ๑	(A) ตัวตั้ง : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (๔๕ คะแนน) $\frac{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (๔๕ คะแนน) X ๑๐๐}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด}}$
รายการข้อมูล ๒	(B) ตัวหาร : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด (ปฏิบัติการสาสุขอุ่นใจชาเลนจ์ ปี ๒๕๖๗)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A) ตัวตั้ง/(B) ตัวหาร) x ๑๐๐ $\frac{\text{จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (๔๕ คะแนน) X ๑๐๐}}{\text{จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด}}$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนและพัฒนางานผ่านกลไกคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม

๒. ขับเคลื่อนพัฒนาการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. พชต. ศชร. ตำบลเปี่ยมสุข และ CIPO กลุ่มวัย

๓. พัฒนาศักยภาพ และสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อเสริมสร้างทักษะ เครือข่ายขยายสู่พื้นที่ให้ครอบคลุมให้เป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านภาคีเครือข่ายการทำงานระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ภาครัฐ ภาคเอกชน

๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๓. ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่บันทึกข้อมูล เป็นไปตามระบบรายงาน HLO ปฏิบัติการสาสุขอุ่นใจ https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/networking.php (ชาเลนจ์ ปี ๒๕๖๗) สรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลไปแก้ปัญหาและพัฒนางาน

๔. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านสื่อดิจิทัลสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย เน้นกลุ่มวัยทำงาน สร้างกระแสสังคมเพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสนับสนุนเครื่องมือเพื่อขับเคลื่อนงานเป็น Digital Platform ต่าง ๆ

๕. เยี่ยมเสริมพลัง ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานประกอบการ และองค์กรรอบรู้ ด้านสุขภาพ ให้คำแนะนำ ชื่นชมผลงานเป็นขวัญกำลังใจการทำงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนิชดา เทศาพรหม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๑-๒๓๗ ๘๕๑๗ E-mail. : nichada.๒๕๐๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
โครงการที่ ๕ : โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๙ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๑๓ แห่ง

กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้

๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ

๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกถอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๕๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๘๕	๘๕	๘๗

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอ ๑๓ แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล

๓. สนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดนวัตกรรมระดับพื้นที่ (พชอ./พชต.)

๔. จัดเวทีให้คณะกรรมการ พชอ. นำเสนอ Best practice ผลงานวิชาการดีเด่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย อำเภอละ ๒ ประเด็น

๓. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ

๔. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่

๕. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กำหนดเป้าประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบ)

๖. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๗. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณการ และมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

๘. ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นที่คัดเลือกให้เกิดนวัตกรรมในระดับพื้นที่ (พชอ.)

๙. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการประชุมคณะกรมการจังหวัดทุกเดือน

๑๐. บันทึกผลการดำเนินงานผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Cockpit พชอ.)

๑๑. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับอำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่างๆที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ

๑๒. ประสานให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบลเพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๑๓. ประเมินตนเองการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE

๑๔. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบางโดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง

๑๕. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐
๒. นางสาวระพีพร คำเจริญ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๘๕๔๑๘๕๒ E-mail : rapeeporn๗๑๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด

๒. คำนิยาม

๑. ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูล สารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว

๒. CIR (Critical Information Requirement) ระดับจังหวัด หมายถึง ข้อมูลสำคัญของเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ หรืออาจมีผลกระทบต่อสาธารณสุขในวงกว้างหรือมีความรุนแรงสูงต้องการการตอบสนองเร่งด่วนภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓. สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

๔. ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่างๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่างๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

๕. การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

๖. แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

๗. การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด/อำเภอ อย่างน้อย ๑ ภัย

๘. Resource Mapping หมายถึง การจัดทำระบบฐานข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อวางแผนการบริหารจัดการสาธารณภัยและในภาวะฉุกเฉิน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขเชิงพื้นที่ โดยนำข้อมูลทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบหรือลักษณะต่างๆ จัดทำให้มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน ในรายละเอียดทุกมิติ ได้แก่ การคาดการณ์ การจัดหา การสำรอง การจัดเก็บ การขนส่ง เป็นต้น เพื่อสนับสนุนการจัดการสาธารณภัยและภาวะฉุกเฉินให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

๙. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) หมายถึง ระบบ รักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย ๔ ระบบหลัก ได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการ สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง ๔ ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน

๑๐. การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre- Hospital care) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดให้ มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ

๑๑. การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล (In-Hospital care) หมายถึง กระบวนการ ดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย

๑๒. การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อ ผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้ มาตรฐาน และมีความปลอดภัย

๑๓. ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Team) หมายถึง ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับ ผลกระทบการเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

๑๔. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่ สามารถใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทาง ถนนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและรับส่งผู้ป่วย สำหรับเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด

๑๕. ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทุกราย ที่มารับการรักษาที่ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) ค่า Ps น้อยกว่า ๐.๒๕ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (non preventable death) ๒) ค่า Ps ๐.๒๕ ถึง ๐.๕๐ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death) ๓) ค่า Ps มากกว่า ๐.๕๐ เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death)

๑๖. คู่มือมาตรฐานรถพยาบาล หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของ รถพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรถพยาบาล แนวปฏิบัติเพื่อการขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยบนรถพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิด

อุบัติเหตุ ของรถพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency management)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

๒. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข

๓. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด

๔. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของ ระบบให้ครอบคลุม

๕. ติดตามและประเมินการใช้คู่มือกำหนดมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด

๓. ฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance)

๔. แบบประเมินผู้ปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

๕. คู่มือมาตรฐานรถพยาบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย

๖. แบบประเมินติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานรถพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการครบทั้ง ๔ ระดับ (๙ ตัวชี้วัดย่อย)

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดตั้ง/พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและการบาดเจ็บ (S : Injury Surveillance)

๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการตามกล่องภารกิจให้สามารถปฏิบัติงานและผลักดันให้การดำเนินงานได้ทันที

๓. มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ในการปฏิบัติงานครอบคลุม

๔. นำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า ๐.๕ มา review death case เพื่อหาแนวทางการดำเนินงาน

๕. สรุปสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เพื่อวางแผนในการดำเนินงานต่อไป

๖. ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>๘.๑ ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข</u>

(๑) ระบบการรายงานสถานการณ์ความเสี่ยงทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

๑.๑ การรายงาน DCIR ที่ครอบคลุมและทันเวลา

- มีเกณฑ์ DCIRs ที่เป็นปัจจุบัน
- รายงาน DCIRs
- มีทะเบียนรับแจ้ง DCIRs หรือระบบต่างๆ ที่สามารถอ้างอิงได้

(๒) ระบบการเตรียมความพร้อมโครงสร้างและกลไกในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขในหน่วยงานระดับจังหวัด

๒.๑ การวิเคราะห์และการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ จำนวน ๓ อันดับแรก และจัดทำรายงานตามแบบฟอร์มกลาง

๒.๒ จัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข และโครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงานครบ ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ๑) ภารกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ ๒) ภารกิจด้านปฏิบัติการ ๓) ภารกิจด้านการสนับสนุน

๒.๓ จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น แผนปฏิบัติการครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ (All-Hazard Plan: AHP) แผนปฏิบัติการเฉพาะโรคและภัยสุขภาพ (Hazard Specific Plan: HSP) แผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan: BCP) และแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ฉบับปรับปรุงประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๗

๒.๔ ดำเนินการฝึกซ้อมแผนร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง

- รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ อย่างน้อย ๑ ภัย จากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง

(๓) ระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข

๓.๑ มีการจัดทำรายการทรัพยากรที่จำเป็นและรายชื่อผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณภัยของจังหวัด

- ทะเบียนรายการทรัพยากรและผู้เชี่ยวชาญที่จำเป็นของแต่ละชนิดของโรคและภัยสุขภาพ และเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกทรัพยากร

- ข้อมูลผู้ประกอบการยาและเวชภัณฑ์ที่เป็นแหล่งจัดหาหลักและแหล่งจัดหาสำรอง

๓.๒ มีข้อมูลคงคลังของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในสถานการณ์ฉุกเฉินของจังหวัดที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

- ข้อมูลรายการทรัพยากรคงคลัง (Stock) ของทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับเตรียมความพร้อมในสถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัยของหน่วยบริการที่ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน และสามารถเรียกดูย้อนหลังได้อย่างน้อย ๓ ปี

- ข้อมูลการคาดการณ์สำหรับสำรองยาและเวชภัณฑ์ (Safety Stock) สำหรับตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัย

๓.๓ มีคู่มือแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินของจังหวัด

๓.๔ มีการจัดฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัด

- แผนการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัยประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ของหน่วยงาน

- สรุปผลและการประเมินการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย ตามแผนที่กำหนด

๘.๒ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

(๑) แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑.๑ บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด

๑.๒ จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด

๑.๓ สนับสนุนการจัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (S : Injury Surveillance)

๑.๔ ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล

๑.๕ ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด

(๒) แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒.๑ บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ

๒.๒ จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ

๒.๓ มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

๒.๔ สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

๒.๕ จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (S : Injury Surveillance)

๒.๖ นำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า ๐.๕ มา review death case

๒.๗ ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด

(๓) แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๓.๑ บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.๒ ร่วมกับอำเภอในการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐ E-mail : sangudchua@yahoo.com
๒. นางวิกิตตา อิ่มสำอางค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๘๗๖๗๐๙๓ E-mail : wikitta.mahasarakham@gmail.com
๓. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕
๔. นายวันชนะ สิริสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๒๐๐๙๙๑

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๗ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละการเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๙๕-๙๕-๙๕

๒. คำนิยาม

๙๕ ที่ ๑ หมายถึง ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง

๙๕ ที่ ๒ หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

๙๕ ที่ ๓ หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (<๑,๐๐๐ copies/ml)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๙๕ ที่ ๑	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
ผลการดำเนินงาน	๙๙	๑๐๖	๑๑๑	
ร้อยละ ๙๕ ที่ ๒	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
ผลการดำเนินงาน	๘๐	๗๙	๗๙	
ร้อยละ ๙๕ ที่ ๓	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
ผลการดำเนินงาน	๘๐	๘๖	๗๓	

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด

๒. เพื่อให้ประชากรเข้าถึงบริการป้องกัน และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๓. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลการได้รับบริการ การตรวจการวินิจฉัยและการรักษา จากระบบข้อมูล HIV info HUB จากระบาดวิทยา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ NAP Plus จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖.รายการข้อมูล

๙๕ ที่ ๑ A/B X๑๐๐

A = จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยและทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง

B = จำนวนคาดประมาณการผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด

๙๕ ที่ ๒ A/B X๑๐๐

A = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส(ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส)

B = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองทั้งหมด

๙๕ ที่ ๓ A/B X๑๐๐

A = ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (<๑,๐๐๐ copies/ml)

B = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด(ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสทั้งหมด)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ป้องกัน และควบคุมในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ด้วยการเพิ่มการเข้าถึงบริการ RRTTR ที่มีประสิทธิผล

๒. เร่งรัดคัดกรองและวินิจฉัย HIV ในพื้นที่ High Burden

๓. ใช้เทคโนโลยีใหม่ (เช่น Rapid test Oral Fluid, Rapid Combo test) ในการคัดกรองในชุมชน โดยหน่วยบริการภาครัฐและภาคประชาสังคมในชุมชน (DIC, CBO)

๔.เร่งรัดการเข้าถึงบริการ PrEP เพิ่มศักยภาพ และขยายหน่วยบริการ PrEP

๕.บูรณาการการคัดกรอง HIV SY และ HCV ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

๖.สนับสนุนวิชาการ การใช้เทคโนโลยีใหม่ในการคัดกรองให้กับหน่วยบริการภาครัฐและภาคประชาสังคมในชุมชน (เช่น จัดทำแนวทางและอบรม Coaching)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ถอดบทเรียน จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงานของแต่ละอำเภอ นำสู่เป้าหมาย ๑๐๐ % ในจังหวัดมหาสารคาม

๒. แจ้งให้ รพ.ทุกแห่ง ลงข้อมูลการประมาณการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น และการรายงานการใช้ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น ในรายงาน ตอ. ๑๐๐ เพื่อรวบรวมส่ง กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

๓. เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในมาตรฐานการตรวจรักษาป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร

๔.ประสานเครือข่าย การทำงานในภาพรวมจังหวัด เน้นการทำงานแบบบูรณาการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและเปิดช่องทางสื่อต่างๆเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา

๕. ติดตาม ประเมินผล จากรายงาน การรับจ่าย ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น (ตอ.๑๐๐)

๖. สรุปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม HIV INFO HUB สำนักระบาดวิทยา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโปรแกรม NAP Plus ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการเฝ้าระวังโรค

๗. นำข้อมูลที่ได้ประเมินผลมาจัดทำแผนปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ต่อไป

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. เรียนรู้กระบวนการทำงานจากพื้นที่แต่ละอำเภอ เพื่อนำมาปรับใช้กับพื้นที่ตามบริบทแต่ละพื้นที่

๒. ค้นหาแกนนำ (ตัวแม่) เพื่อการขยายผลและการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

๓. สนับสนุน ส่งเสริมความรู้/วิชาการเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงถุงยางอนามัย ในสถาบันการศึกษา/สถานประกอบการ และประชาชนทั่วไปและเปิดช่องทางสื่อต่างๆเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา

๔. จัดทำแผนเพื่อของบประมาณในการดำเนินงานกับ องค์กรท้องถิ่น เพื่อร่วมทำงานแบบภาคีเครือข่าย

๕. การทำงานแบบบูรณาการกับงานวัยรุ่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็กและ To be number One งานยาเสพติด การบูรณาการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภาคประชาสังคม

๖. สรุปวิเคราะห์ ข้อมูล โดยใช้ โปรแกรม HIV INFO HUB สำนักระบาดวิทยา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโปรแกรม NAP Plus ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการเฝ้าระวังโรค

๗. นำข้อมูลที่ได้ประเมินผล มาจัดทำแผนปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ต่อไป

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. รับส่งข้อมูล กลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

๒. วิเคราะห์ ความเสี่ยง จากกลุ่มประชากรในพื้นที่

๓. ส่งเสริม ความรู้/วิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงถุงยางอนามัยในสถาบันการศึกษา/สถานประกอบการ และประชาชนทั่วไปและเปิดช่องทางสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา

๔. เป็นหน่วยงาน การเข้าถึง การให้บริการ ถุงยางอนามัย ความรู้ และ การส่งต่อไปรับการตรวจโรค วินิจฉัยในรายที่ขอคำปรึกษา

๕. มีเครือข่ายการทำงาน แบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร อบต. โรงเรียน วัด ชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

สิ่งสนับสนุนให้อำเภอ/ตำบล

๑. สื่อ/สิ่งพิมพ์/แผ่นพับ จากส่วนกลางและเขต และเว็ปไซต์ส่วนกลางการเข้าถึงข้อมูลและสื่อประชาสัมพันธ์

๒. ถุงยางอนามัย/สารหล่อลื่น จากสำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค/สปสช จากแอปพิเคชั่นเปาตังค์

๓. ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี(PrEP) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.

การประเมินผล การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการผ่านระบบ NAP Plus / ประเมินผล HIV Info HUB

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕ Email. : Krit.posr@hotmail.com
๒. นางสุภาณี นันทะแสน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๘๒๒๙๑๖ Email. : supaneenun๒๕๑๖@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๗ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๒ อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคไข้เลือดออก
๓๒.๑ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของโรคไข้เลือดออก
๓๒.๒ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก
๓๒.๓ อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ ๐.๑

๒. คำนิยาม

๑. โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS)

๒. พื้นที่ระบาดของโรคไข้เลือดออก หมายถึง พื้นที่ (อำเภอ/ตำบล) ที่มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกินกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง และมีการระบาดต่อเนื่องมากกว่า ๒๘ วัน (พบผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่องกัน โดยวันที่พบผู้ป่วย (วันที่วินิจฉัยสงสัยไข้เลือดออก) ของผู้ป่วยแต่ละรายทิ้งระยะกันไม่เกิน ๒๘ วัน และยังควบคุมโรคไม่ได้)

๓. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ (Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS)) ในจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด โดยคำนวณจากสูตร

$$\text{อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออก X ๑๐๐}}{\text{จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทั้งหมด}}$$

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. อำเภอที่ที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาด			
๒. ตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาด			
๓. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก			

๔. วัตถุประสงค์

๑. อำเภอสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)

๒. ตำบลสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)

๓. ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล รง.๕๐๖

๖. รายการข้อมูล

รายสัปดาห์ รายเดือน และรายปี

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ยกระดับความเข้มแข็งของ ระบบเฝ้าระวังโรค และการจัดการ ภาวะฉุกเฉินของโรคติดต่อนำโดยยุงลาย

๒. ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายและประชาชนให้มีความเป็นเจ้าของร่วมรับผิดชอบ นำกระบวนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานไปใช้ป้องกันและควบคุมยุงลายอย่างครบองค์ประกอบในทุกระดับ

๓. เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจให้ประชาชนมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อนำโดยยุงลาย

๔.เพิ่มความเข้มแข็งของระบบการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วย และติดตามผลการรักษา ในทุกระดับให้ได้ตามแนวทางการดูแลรักษา

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาทีม JIT SAT ระดับจังหวัด ทีม SRRT ระดับอำเภอตำบล ในการเฝ้าระวัง สอบสวนควบคุมโรคไข้เลือดออก

๒. พัฒนาศักยภาพทีมเครือข่ายควบคุมโรค ในการควบคุมยุงลายแบบผสมผสาน

๓. เพิ่ม Health Literacy เกี่ยวกับไข้เลือดออกแก่ประชาชน

๔. ทบทวนระบบการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วย และ ติดตามผลการรักษาในทุกระดับ

๕. พัฒนาและจัดการวิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยี อย่างบูรณาการ และเป็นระบบ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

๒. นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙๖๐๔๐ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๗ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

๒. คำนิยาม

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มกระตุ้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชากรที่จังหวัดมหาสารคามได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เข็มกระตุ้น ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป

๕. แหล่งข้อมูล

๑. งานระบาดวิทยา
๒. HDC

๖. รายการข้อมูล รายวัน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗ -

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗ -

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวสายพิน ทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๙๒๐๑๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๗ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV)

๒. คำนิยาม

๑. วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) หมายถึง วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV (Human Papilloma Virus) อันเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการติดเชื้อไวรัส HPV ทำให้เซลล์ปากมดลูกอักเสบเรื้อรังและเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้

๒. กลุ่มเป้าหมายที่ต้องรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) หมายถึง

กลุ่มที่ ๑ นักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึง มัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า

กลุ่มที่ ๒ หญิงไทยที่อายุ ๑๑-๑๗ ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา

กลุ่มที่ ๓ หญิงไทยอายุ ๑๘-๒๐ ปี

๓. กลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV หมายถึง กลุ่มเป้าหมายที่ต้องรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีที่แจ้งความประสงค์ขอรับวัคซีน HPV จากการสำรวจ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีการศึกษา ๒๕๖๒	ปีการศึกษา ๒๕๖๓	ปีการศึกษา ๒๕๖๔	ปีการศึกษา ๒๕๖๕	ปีการศึกษา ๒๕๖๖	ปีการศึกษา ๒๕๖๗
กลุ่มที่ ๑ นักเรียน/นักศึกษาหญิงไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ถึงมัธยมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า	๗๘.๙๖	๗๘.๓๐	๗๑.๕๓	๗๖.๒๔	รอดำเนินการเปิดภาคเรียน พ.ย.๖๖-มี.ค.๖๗	รอจัดสรรอนุมัติวัคซีน
ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์ได้รับวัคซีน HPV **กลุ่มที่ ๒** หญิงไทยที่อายุ ๑๑-๑๗ ปี ที่อยู่นอกระบบการศึกษา **กลุ่มที่ ๓** หญิงไทยอายุ ๑๘-๒๐ ปี	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV ในกลุ่มเป้าหมาย มุ่งหวังผลในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ระบบ MoPH IC

๖. รายการข้อมูล

รายวัน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. วันที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๖๖ สำรวจความต้องการ, วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๖ ชี้แจงนโยบายผ่านระบบ Zoom แผนการดำเนินงานในระยะ ๑๐๐ วันแรก คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ เห็นชอบแผนเร่งรัดการฉีดวัคซีน HPV ป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในหญิงอายุ ๑๑-๒๐ ปี รับการขับเคลื่อน Quick Win นโยบาย “มะเร็งครบวงจร” ฉีด ๑ ล้านโดส ภายใน ๑๐๐ วัน ชี้หากฉีดตั้งแต่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์จะมีประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อได้ถึง ๙๐% และการฉีดหลังอายุ ๑๑ ปี ยังสามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้, วันที่ ๒๔-๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๖ จัดกิจกรรมแถลงความร่วมมือกับภาคเครือข่าย, วันที่ ๒๔-๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๖ พร้อมออกบู๊ทประชาสัมพันธ์ร่วมกับงาน กิจกรรมเดิน วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต (Walk Run Bike Fighting Stroke) ปลายเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ จัดสรรและจัดส่งวัคซีน

๒. วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖จัดกิจกรรมแคมเปญรณรงค์ Kick- off ๑ -M doses: School base HPV Vaccine อย่างน้อย ๑ จุดในแต่ละอำเภอ พร้อมกันทั่วประเทศ

- ฉีดวัคซีนผ่านระบบโรงเรียนในเด็ก ๑๑-๑๗ ปี
- กำกับติดตามผลการดำเนินงานในระบบ MoPH IC

๓. เดือนธันวาคม ๒๕๖๖-มกราคม ๒๕๖๗ ฉีดวัคซีนในกลุ่มนอกระบบโรงเรียน และอายุ ๑๘-๒๐ ปี โดยจุดบริการที่พื้นที่กำหนด

๔. จัดกิจกรรมเพื่อมอบรางวัล และขอบคุณภาคีเครือข่าย ๑ -M doses: HPV Vaccine Together We Succeed

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. อำเภอสำรวจ ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีน HPV และยืนยันข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์รับวัคซีน HPV

๒. อำเภอมีกิจกรรมการชี้แจง/การสื่อสารกับผู้ปกครองเพื่อสร้างความเข้าใจก่อนวันรับวัคซีน และมีการสื่อสารคำแนะนำการให้วัคซีน รวมถึงเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน

๓. หน่วยบริการสาธารณสุขจัดระบบการให้บริการวัคซีนตามมาตรฐาน ได้แก่ ตรวจสอบเอกสารแสดงความประสงค์ให้ฉีดวัคซีน HPV ในกลุ่มเป้าหมาย ซักประวัติ คัดกรอง ฉีดวัคซีน นัดหมาย ออกเอกสารรับรองการฉีดวัคซีน และเฝ้าระวัง AEFI

๔. หน่วยบริการด้านสาธารณสุข บันทึกผลการให้บริการในระบบ MoPH IC ให้ครบถ้วนทุกรายและเป็นปัจจุบัน

๕. งานควบคุมโรคประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการได้รับวัคซีน (AEFIs surveillance) ตามแนวทางของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวสายพิน ทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๙๒๐๑๔ E-mail : saipinthong@hotmail.com
๒. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๗ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

๒. คำนิยาม

๑. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ หมายถึง ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

๒. กลุ่มเป้าหมายวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ หมายถึง

๒.๑ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสนับสนุนวัคซีน) ได้แก่

๑) แพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆ ในโรงพยาบาลทั้งที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงนักศึกษาฝึกงานในแต่ละวิชาชีพ

๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการสอบสวนควบคุมโรค

๓) เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครทำลายซากสัตว์ปีกและสัตว์อื่นที่สงสัยติดเชื้อไข้หวัดนก

๔) เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการตรวจวินิจฉัยเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่

๒.๒ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาแห่งชาติ เป็นหน่วยงานสนับสนุนวัคซีน) ได้แก่

๑) หญิงตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ๔ เดือนขึ้นไป (ให้บริการตลอดทั้งปี)

๒) เด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๒ ปีทุกคน (หมายถึง กลุ่มเด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ เดือนเต็มจนถึงอายุ ๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

๓) ผู้มีโรคเรื้อรัง ดังนี้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ระหว่างการได้รับเคมีบำบัด และเบาหวาน

๔) บุคคลที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป

๕) โรคธาลัสซีเมียและผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)

๖) โรคอ้วน (น้ำหนัก>๑๐๐ กิโลกรัม หรือ BMI >๓๕ กิโลกรัมต่อตารางเมตร)

๗) ผู้พิการทางสมองที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

(อ้างอิงตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๒๘ เมษายน ๒๕๖๐)

๒.๓ เจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงในเรือนจำ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานสนับสนุนวัคซีน) แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑) เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ ได้แก่ ผู้คุม และเจ้าหน้าที่ที่ต้องเข้าไปดูแลผู้ต้องขัง

๒) ผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ต้องขังในแดนที่มีความหนาแน่น ผู้ต้องขังรายใหม่ หรือผู้ต้องขังรายใหม่ ที่มีภาวะต่อไปนี้

๒.๑ ผู้ต้องขังหญิงที่ตั้งครรภ์ > ๔ เดือน

๒.๒ ผู้ต้องขังที่ป่วยโรคเรื้อรัง ๗ กลุ่มโรค (ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด หัวใจหลอดเลือดสมอง ไตวาย เบาหวาน)

๒.๓ ผู้ต้องขังสูงอายุ ที่มี อายุ > ๖๕ ปี

๒.๔ ผู้ต้องที่มีโรคธาลัสซีเมียและผู้ที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมผู้ติดเชื้อ HIV ที่มีอาการ)

๒.๕ โรคอ้วน (>๑๐๐ กก./ BMI>๓๕ kg/m๒)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	๑๐๒.๑๔	๙๑.๕๒	
ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	๘๔.๘๙	๘๔	
ร้อยละ ๘๐ ของเจ้าหน้าที่และผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงในเรือนจำ ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล	๙๑	๒,๐๒๑ ราย	

๓.๑ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

รายงานการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ จังหวัดมหาสารคาม ณ วันที่ 28 ส.ค 66

โรงพยาบาล	เป้าหมาย	ฉีด (รวม)	ฉีด (แม่ข่าย)	ด (ลูกข่าย	%เป้าหมาย	%เป้าหมาย
โรงพยาบาลกันทรวิชัย	2000	2011	509	1502	1.0055	100.55
โรงพยาบาลเชียงยืน	5200	5214	1344	3870	1.002692308	100.27
โรงพยาบาลนาดูน	1500	1502	194	1308	1.001333333	100.13
โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย	4800	4797	544	4253	0.999375	99.94
โรงพยาบาลยางสีสุราช	4000	3928	848	3080	0.982	98.20
โรงพยาบาลวาปีปทุม	5200	4992	403	4589	0.96	96.00
รพ.กุดรัง	1400	1336	224	1112	0.954285714	95.43
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย	8360	7632	774	6858	0.91291866	91.29
โรงพยาบาลแกดำ	2500	2235	485	1750	0.894	89.40
โรงพยาบาลบรบือ	4800	4270	679	3591	0.889583333	88.96
รพ.ชื่นชม	2400	2087	437	1650	0.869583333	86.96
โรงพยาบาลมหาสารคาม	7000	5645	561	5084	0.806428571	80.64
โรงพยาบาลนาเชือก	3300	2388	223	2165	0.723636364	72.36
ศูนย์บริการ 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	3000	2118	2118	0	0.706	70.60

ที่มาข้อมูล : KTB สปสช.

๓.๒ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล

ลำดับ	หน่วยงาน	จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด (ราย)	จำนวนวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ที่ได้รับการจัดสรรสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ราย)	จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (ราย)	ร้อยละ
๑	วาปีปทุม	๕๓๗	๔๐๐	๓๐๗	๗๖.๗๕
๒	เชียงยืน	๓๔๐	๓๔๐	๓๔๐	๑๐๐
๓	พยัคฆภูมิพิสัย	๔๕๑	๓๗๐	๓๗๐	๑๐๐
๔	ชื่นชม	๑๖๑	๙๐	๙๐	๑๐๐
๕	โกสุมพิสัย	๕๑๑	๓๘๐	๔๒๘	๑๑๒.๖๓
๖	ยางสีสุราช	๑๓๒	๑๓๐	๑๒๔	๙๕.๓๘
๗	กันทรวิชัย	๓๑๘	๒๕๐	๒๑๘	๘๗.๒
๘	โรงพยาบาลมหาสารคาม	๑,๙๓๘	๑,๔๑๐	๘๙๕	๖๓.๔๘
๙	แกดำ	๒๐๒	๒๐๐	๑๕๘	๗๙
๑๐	กุดรัง	๑๖๒	๑๒๐	๑๒๐	๑๐๐
๑๑	สสจ.มหาสารคาม	๑๖๒	๑๘๐	๑๒๑	๖๗.๒๒
๑๒	ปศุสัตว์จังหวัด	๓๐	๓๐	๑๕	๕๐
๑๓	ศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	๕๘๐	๓๕๐	๓๕๐	๑๐๐
๑๔	นาดูน	๒๒๐	๑๗๐	๑๗๐	๑๐๐
๑๕	นาเชือก	๒๗๐	๒๔๐	๒๐๔	๘๕
๑๖	บรบือ	๕๕๔	๔๘๐	๔๕๘	๙๕.๔๒
	รวม	**๖๕๖๘**	**๕,๑๔๐**	**๔๓๖๘**	**๘๔.๙๘**

ที่มาข้อมูล : KTB สปสช.

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

๒. เพื่อลดความรุนแรงจากการป่วยและการเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคไข้หวัดใหญ่ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และลดโอกาสแพร่กระจายเชื้อไข้หวัดใหญ่ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบ KTB สปสช.

๒. HDC ๔๓ แฟ้ม

๖. รายการข้อมูล

รายสัปดาห์ รายเดือนที่มาข้อมูล : KTB สปสช.

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สรุปผลการดำเนินงานแต่ละเขตสุขภาพ

๒. นำเข้าข้อมูลการฉีดรายจังหวัด รายอำเภอ และ จัดสรรวัคซีน ที่สามารถดำเนินการฉีดตามกลุ่มเป้าหมาย

๓. จังหวัดจัดสรรวัคซีนให้แต่ละอำเภอตามผลงาน และโควต้าที่ได้รับ

๔. ติดตามผลการให้บริการรายเดือน ตั้งแต่ ๑ พ.ค.๒๕๖๗ -๓๐ ก.ย.๒๕๖๗ รายงานผู้บริหารรับทราบผ่านระบบการประชุมประจำเดือน กวป.

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล ปี ๒๕๖๗ โดยเริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม–๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

๒. สปสช. สนับสนุนค่าบริการฉีดวัคซีนฯเข็มละ ๒๐ บาท ให้กับหน่วยบริการที่ฉีดได้ตรงตามกลุ่มเป้าหมาย

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวสายพิน ทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๙๒๐๑๔ E-Mail: saipinthong@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๗ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๖ ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนในกลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี

ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๑ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี (MMR๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ BCG DTP๓OPV๓HB๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๒ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี (MMR๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ JE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๓ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี (DTP๕OPV๕ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

๒. คำนิยาม

๑. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๑ ปี โดยพิจารณาจากวัคซีน BCG MMR๑ DTP๓OPV๓HB๓ โดยมีเกณฑ์เป้าหมายคือ MMR๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ BCG DTP๓OPV๓HB๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๒. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ ๓ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๓ ปี โดยพิจารณาจากวัคซีน MMR๒ JE โดยมีเกณฑ์เป้าหมาย คือ MMR๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ JE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๓. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๕ ปี โดยพิจารณาจากวัคซีน DTP๕OPV๕ โดยมีเกณฑ์เป้าหมายคือ DTP๕OPV๕ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี	- MMR๑ ร้อยละ ๘๓.๕๓ - BCG ร้อยละ ๙๒.๖๑ - DTP๓OPV๓HB๓ ร้อยละ ๘๗.๙๓ (IPV ร้อยละ ๘๔.๑๖)	- MMR๑ ร้อยละ ๗๔.๙๘ - BCG ร้อยละ ๘๘.๕๖ - DTP๓OPV๓HB๓ ร้อยละ ๘๑ (IPV ร้อยละ ๗๔.๙๓)	- MMR๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ - BCG DTP๓OPV๓HB๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)
๒. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี	- MMR๒ ร้อยละ ๘๔.๕๓ - JE ร้อยละ ๗๔.๕๙	- MMR๒ ร้อยละ ๗๘.๗๗ - JE ร้อยละ ๖๑.๘๖	- MMR๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ - JE ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
๓. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี	ร้อยละ ๘๑.๙๐	ร้อยละ ๗๓.๔๙	DTP๕ OPV๕ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กอายุครบ ๑ ปี ๓ ปี ๕ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์

๕. แหล่งข้อมูล

HDC

๖. รายการข้อมูล

รายไตรมาส

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการงานร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ต่าบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCCผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการ พชจ./พชอ. และ CIPO กลุ่มวัย ด้วยการเพิ่มประเด็นความครอบคุลมวัคซีนเด็กอายุครบ ๑ ปี ๓ ปี ๕ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่

๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/อสม. เรื่องเกณฑ์คุณภาพการได้รับวัคซีนของเด็กอายุ ๐–๕ ปี

๓. สนับสนุนให้สถานบริการบริการสาธารณสุขทุกระดับ มีระบบติดตามและกระตุ้นให้เด็กได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์

๔. กำกับ ติดตาม การนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม (HDC)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวสายพิน ทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๙๒๐๑๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๗ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๒๖.๑๓ ต่อประชากรแสนคน)
วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

๒. คำนิยาม

อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะ ที่ใช้ในการขนส่งบุคคลหรือสิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า (รหัส ICD ๑๐ = V๐๑-V๘๙)

ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) โดยหน่วยงานในอำเภอผ่านกลไกการทำงานต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอ เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แขวงการทาง หมวดการทาง ขนส่งอำเภอ/จังหวัด ตำรวจ สถานศึกษา ภาคเอกชน ฯลฯ

ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยมีการดำเนินงานทั้งหมด ๕ กิจกรรม ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม
๑	มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน /ด่านชุมชน ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ (๗ วันอันตราย)
๒	มีการสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์และรายงานในระบบ RTI SAT ร้อยละ ๑๐๐
๓	มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ ของตำบลในพื้นที่
๔	อำเภอมีการดำเนินงาน D-RTI
๕	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๒๖.๑๓ ต่อแสนประชากร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากรแสนคน)	ไม่เกิน ๒๕.๕ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน ๒๖.๑๓ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน ๒๖.๑๓ ต่อประชากรแสนคน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอุบัติเหตุและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident)

๒. IS Online

๓. PHER

๔. ข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สธ./ตร./บ.กลาง)

๕. RTI SAT

๖. รูปเล่มสรุปผลการดำเนินงานและเข้ารับการประเมินระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

(A/B) X ๑๐๐,๐๐๐ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V๐๑-V๘๙)

หมายเหตุ : ปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๖–กันยายน ๒๕๖๗

B = จำนวนประชากรกลางปี

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน /ด่านชุมชน ในช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์

๒. การสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนตามเกณฑ์และรายงานในระบบ RTI SAT

๓. การจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team)

๔. การดำเนินงาน D-RTI

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ทำแผนบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับ ศปถ.จังหวัด

๒. พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิต โดยบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ)

๓. ร่วมสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่าย

๔. ขับเคลื่อนทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI ,RTI Team)

๕. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (สสจ.มค.)

๖. ณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน

๗. พัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ระบบการสั่งการ ตลอดจนระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อตอบสนองกรณีเกิดอุบัติเหตุทางถนน ทั้งในสภาวะปกติและสาธารณภัย

๘. นิเทศ/ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานระดับอำเภอ

๙. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบรายงาน

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน/ประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)

๒. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)

๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาโดยการประชุมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน

๔. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยวิเคราะห์ตามประเด็นหลัก (ถนน คน รถ และสิ่งแวดล้อม) และสรุปข้อเสนอแนะหรือแนวทางแก้ไขปัญหา

๕. ชี้เป้าจุดเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยงโดยนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖. ขับเคลื่อนทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล/หมู่บ้าน (RTI Team ตำบล)

๗. ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน/ศูนย์สร่างเมาในช่วงเทศกาล หรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

๘. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงาน (รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.) และมีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่ดูแลความปลอดภัยในองค์กร (จป.) (มาตรการองค์กร ได้แก่ การสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐%/คาดเข็มขัด ๑๐๐% และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด)

๙. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน

๑๐. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบ (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident)/ IS Online/PHER/E-Claim/Quick Win)

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team)

๒. จัดตั้งทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) และมีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

๓. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน

๔. สำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางถนน จัดทำแผนที่จุดเสี่ยง และนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจรและการป้องกันในชุมชน

๖. มีส่วนร่วมในการสอบสวนการบาดเจ็บหรือการตายจากอุบัติเหตุ (กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่)

๗. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) อาสาสมัครสาธารณสุขฯ (อสม.) และบุคลากรภาคีเครือข่ายในชุมชน (เรื่องการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบ ๑๖๖๙)

๘. เฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชน ช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ หรือตามที่ทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) กำหนด

๙. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงานในการสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐%/ คาดเข็มขัดนิรภัย ๑๐๐% และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด

๑๐. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบ ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายวันชนะ สิริสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๒๐๐๙๙๑

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๘ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. คำนิยาม

๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ระหว่าง ๑๐๐–๑๒๕ mg/dl หรือค่าระดับระดับน้ำตาลโดยไม่อดอาหาร ระหว่าง ๑๔๐–๑๙๙ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ

๒. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๖๔) Type area ๑, ๓

๒. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ Type area ๑, ๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤๑.๗๕	≤๑.๗๕	≤๑.๗๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทุกกลุ่มอายุ

๒. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับตำบล และอำเภอ

๓. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณะที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชนด้านการเฝ้าระวัง ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไม่ติอต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Road map) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ตามแนวทาง และรายงานในระบบ HDC

๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มปกติ เสี่ยง/สงสัยป่วย และป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๔. สร้าง Health literacy เรื่องโรคเรื้อรัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผลการดำเนินงาน

๕. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจาะระดับน้ำตาลซ้ำ และรายงานในระบบ HDC

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง

๓๙.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
๓๙.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒. คำนิยาม

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๒.๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ ๑๒๖ mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่ได้อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ ๒๐๐ mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

๒.๑.๒ การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน ๓-๖ เดือน)

๒.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒.๒.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

๒.๒.๒ การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้านตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว

<u>ประชากรเป้าหมาย</u>

ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area ๑ และ ๓) ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๗๐	≥ร้อยละ ๗๒
๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๙๓	≥ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๒. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
รายการข้อมูล ๑	A: จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวาน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุขภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ต้องตรวจติดตามภายใน ๑๘๐ วัน)
รายการข้อมูล ๒	B: จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการ

รายการข้อมูล : ๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
	คัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน =(A/B) x ๑๐๐ ๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง =(C/D) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทุกกลุ่มอายุ

๒. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับตำบล และอำเภอ

๓. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณะที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชนด้านการเฝ้าระวัง ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไม่ติอต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Road map) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ตามแนวทาง และรายงานในระบบ HDC

๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มปกติ เสี่ยง/สงสัยป่วย และป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๔. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ภายในปีงบประมาณ (ควรตรวจติดตามภายใน ๖ เดือน)

๕. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง (รายงานผลค่าเฉลี่ย Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วยอย่างน้อย ๘ วัน และไม่เกิน ๑๒๐ วัน)

๖. บันทึกข้อมูลการติดตามผ่านระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม

๗. สร้าง Health literacy เรื่องโรคเรื้อรัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผลการดำเนินงาน

๘. กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจาะระดับน้ำตาลซ้ำและรายงานในระบบ HDC

๙. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) ตามแนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมโรคความดันโลหิตสูง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๐ ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกตินานติดต่อกันเกิน ๓ เดือน ทั้งนี้ผู้ป่วยอาจจะมีอัตรากรองไต (glomerular filtration rate, GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้

๒. ผู้ป่วยที่มี GFR น้อยกว่า ๖๐ ml/min/๑.๗๓$m^{๒}$ ติดต่อกันเกิน ๓ เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๕. แหล่งข้อมูล

HDC Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × ๑๐๐ หมายเหตุ ผู้ป่วยจะถือว่าได้รับการคัดกรองโรคไต ก็ต่อเมื่อ ๑. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจ serum creatinine อย่างน้อย ๑ ครั้งในปีงบประมาณ ๒. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจทั้ง urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย ๑ ครั้งในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด - การตรวจ urine protein อาจตรวจด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังนี้ คือ (๑) urine albumin-to-creatinine ratio (ACR)รหัส ๐๔๔๐๒๐๖; (๒) urine protein-to-creatinine ratio (UPCR) รหัส ๑๗ หรือ ๐๔๔๐๒๐๕; (๓) microalbuminuriasหัส ๑๒ หรือ ๐๔๔๐๒๐๔ (๔) macroalbuminuria รหัส ๑๔ หรือ ๐๔๔๐๒๐๓ - ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD จะหมายถึง CKD จากสาเหตุใดก็ตาม เช่น นิ่ว โรคเบาหวานและความดันโลหิต เป็นต้น

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

๒. พัฒนาระบบบริการ CKD Clinic ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

๓. ส่งเสริมนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๔. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรัง

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตในชุมชน

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผล ทั้งในส่วนการจัดบริการ CKD Clinic และในชุมชนรักษ์ไต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ทั้งภาครัฐและเอกชน (รพ.สต./PCU) CKD care ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดติดต่อ (NCD) เครือข่ายภาครัฐ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๒. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย

๓. Strengths node CKD clinic ใน รพช. และขยายบริการ CKD Corner ให้ครอบคลุมใน รพ.สต.

๔. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชนผ่าน พชอ./พชต.

๕. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ผ่านสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน ในโรงงาน และในหน่วยงานราชการ

๖. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง การป้องกันและชะลอภาวะไตเสื่อม

๗. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓ E-mail : nunui9867@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๑ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคกลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลักข้างต้นลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๒

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๕

๒.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕

๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI > ๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

๒.๗ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒

๒.๘ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕

๒.๙ ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๕

๒.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ หรือ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๒.๑๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๖๙

ส่วนที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)

เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนางานที่จะทำให้กระบวนการทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้นและต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการประเมิน ๓ ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยผ่านกระบวนการทบทวนปัญหาสาเหตุ หรือโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน โดยโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI จำนวน ๑ เรื่อง แนบไฟล์ในระบบประเมิน Online ในรูปแบบไฟล์ PDF โดยเลือกประเด็นที่ดำเนินการพัฒนา ได้แก่

๓.๑ ด้านระบบสารสนเทศ (Information System)

๓.๒ ด้านการปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)

๓.๓ ด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support)

๓.๔ ด้านการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)

สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยมุ่งเน้น ๔ โรคเป้าหมายหลัก ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้ หมายถึง pre-DM pre-HT กลุ่มป่วยที่เป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

<u>หมายเหตุ</u> เกณฑ์การประเมินตามคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๖

กลุ่มเป้าหมาย

๑. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

๒. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M๒, F๑

๓. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F๒, F๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพคลินิก NCD (PLUS) ระดับดีเด่น	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคลินิก NCD ตามแนวทางการดำเนินงานและการประเมินคุณภาพ ตามคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ข้อมูลฐาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๕.๒ ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๕.๓ สอบถาม/ สัมภาษณ์

๕.๔ เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องพื้นที่ดำเนินการจัดเก็บโดยมาตรฐานทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการสอบถาม/สัมภาษณ์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ใช้ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๓ ส่วน

รายการข้อมูล ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ

เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย	๖	๓๐
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ	๙	๔๕
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ	๑๒	๖๐
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง	๘	๔๐
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	๕	๒๕
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	๑๐	๕๐
คะแนนรวม	**๕๐**	**๒๕๐**

รายการข้อมูล ๒ การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๑๓ ตัวชี้วัด

รายการ		เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
				๑	๒	๓	๔	๕	
๑	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥๗๒	๕	<๕๒	๕๗	๖๒	๖๗	≥๗๒	๒๕
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	≥๖๕	๒	<๕๐	๕๐	๕๕	๖๐	≥๖๕	๑๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL<๑๐๐ mg/ dl	≥๕๕	๒	<๔๐	๔๐	๔๕	๕๐	≥๕๕	๑๐
๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๐
๖	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI≥๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	≥๕	๔	<- ๒.๕	๒.๕	๐	๒.๕	≥๕	๒๐
๗	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	≤๒	๔	>๘	๘	๖	๔	≤๒	๒๐
๘	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥๘๕	๔	<๗๐	๗๐	๗๕	๘๐	≥๘๕	๒๐
๙	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥๖๐	๕	<๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	≥๘๐	๒๕
๙	ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน)	≥๒๕	๔	<๑๐	๑๐	๑๕	๒๐	≥๒๕	๒๐
๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๐
๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥๘๐	๔	<๖๕	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๒๐
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่มีCVD Risk ≥๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐
๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ	≥๖๙	๔	<๖๓	๖๓	๖๕	๖๗	≥๖๙	๒๐

รายการ		เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
				๑	๒	๓	๔	๕	
	ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย								
คะแนนรวม			**๕๐**						**๒๕๐**

รายการข้อมูลที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ๑ เรื่อง ทั้งนี้สามารถเลือกประเด็นที่ดำเนินการพัฒนา ได้แก่

ด้านที่ ๑ ระบบสารสนเทศ (Information System)

ด้านที่ ๒ การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)

ด้านที่ ๓ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self Management Support)

ด้านที่ ๔ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (๑-๕)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI			๑๔	๕๐	
๑.๑ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ			๔	๒๐	
	๑. ทบทวนสถานการณ์ (Current situation) ปัญหาจากข้อมูลหลายแห่งที่น่าเชื่อถือตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติงาน	๑	ข้อเสนอแนะ:		
	๒. กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (Problem Analysis) จากการทบทวนสถานการ์ที่แสดงถึงความสำคัญของปัญหา และผลที่ตามมารวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	๒			
	๓. กำหนดเป้าหมายของทางเลือกที่จะพัฒนางานให้ชัดเจน วัดได้ รวมถึงการกำหนดเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน แรงเสริม แรงต้านและผลลัพธ์ของเป้าหมายที่ชัดเจน วัดได้จริง	๓			
	๔. กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานที่เลือก จัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทำ (Action plan)	๔			
	๕. มีการกำหนดงานตามแผนปฏิบัติการและมีการติดตาม (Monitor) ตามระยะเวลาที่กำหนด รวบรวมปัญหา ข้อเสนอแนะ รวมทั้งติดตามประเมินผลและจัดทำแผนงานในปีถัดไป (ตามรูปแบบ PDCA)	๕			
๑.๒ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ			๕	๑๕	

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (๑-๕)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
	๑. ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	๑	ข้อเสนอแนะ:		
	๒. ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	๒			
	๓. ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้	๓			
๑.๓ การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า			๕	๑๕	
	๑. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ	๑	ข้อเสนอแนะ:		
	๒. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานและมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลายๆงาน	๒			
	๓. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐานและมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลายๆงาน มีการเผยแพร่ในเวทีภายนอกโรงพยาบาลตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น	๓			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

๑. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ (๔๐ คะแนน)

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนที่ได้ X น้ำหนัก}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$

๒. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๑๓ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน)

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนการประเมินคุณภาพคลินิก NCD Plus ที่ได้ X ๒๕๐}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$

๓. การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ๑ เรื่อง (๑๐ คะแนน)

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนที่ได้ X น้ำหนัก}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$

สรุปผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus = ข้อ ๑ (๔๐) + ข้อ ๒ (๕๐) + ข้อ ๓ (๑๐)
= ๑๐๐ คะแนน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทุกกลุ่มอายุ

๒. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับตำบล และอำเภอ

๓. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณะที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชนด้านการเฝ้าระวัง ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไม่ติอต่อเรื้อรัง

๗. พัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. บูรณาการงานวิจัย การจัดการความรู้ และนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ NCDs Board ระดับจังหวัด และอำเภอ

๒. เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

๓. กำกับ ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus

๔. บูรณาการแผนการดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อระหว่างแผนงานและหน่วยงานต่างๆ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ NCDs Board ระดับอำเภอ

๒. ดำเนินการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus และปรับปรุงการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

๓. กำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ

๔. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิกรวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัดกลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๕. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย อย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรังรวมทั้งการประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแล (Coordination of Care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of Care)

๖. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยใน โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ

๗. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

๘. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/ หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๙. จัดประชุมเพื่อปิด Gap จากผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป

๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๓. การจัดการให้กลุ่มเสี่ยงมี Health Literacy ที่สามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผล

๔. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD risk ≥๒๐% หรือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

๕. จัดบริการคลินิก DPAC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. จัดบริการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๗. ดำเนินงานตำบลต้นแบบลดเสี่ยงลดไม่ติดต่อเรื้อรัง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic คุณภาพในโรงพยาบาล

๒. คำนิยาม

คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะ และเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ ๒ ข้อ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการจัดบริการ
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดการความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในชุมชน
ส่วนที่ ๒ การประเมินคุณภาพวัดจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด
๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD
๒. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ๑-๔ และเป็น DM ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
๓. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ๑-๔ ที่ควบคุมระดับ BP ได้
๔. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ๑-๔ ที่การได้รับยา ACE-I/ARB
๕. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย

ร้อยละความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยมีการดำเนินงานทั้ง ๒ ส่วนประกอบรวมกัน ต้องมีคะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๗๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic คุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน และเพื่อชะลอและลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
๒. แบบฟอร์มประเมินเชิงคุณภาพของการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ
๓. สัมภาษณ์/สอบถาม
๔. เอกสารประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD Clinic คุณภาพในโรงพยาบาล
ใช้แบบประเมินเชิงคุณภาพการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ๒ ส่วน

รายการข้อมูล ๑ การประเมินกระบวนการจัดบริการ ๖ องค์ประกอบ (๕๐ คะแนน)

เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนนเต็ม
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย	๖	๑๖
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ	๘	๑๖
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ	๑๖	๓๒
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	๘	๑๖
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)	๘	๘
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดการความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในชุมชน	๔	๘
คะแนนรวม	**๕๐**	**๙๖**

รายการข้อมูล ๒ การประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน)

รายการ	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน										คะแนนเต็ม
			๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	
ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD	≥๘๐	๑๐	≤๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	≥๙๐	๑๐
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ๑-๔ และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥๔๐	๑๐	≤๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	≥๕๐	๑๐
ร้อยละของผู้ป่วย CKD Stage ๑-๔ ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥๘๐	๑๐	≤๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๖๐	๗๕	≥๘๐	๑๐
ร้อยละของผู้ป่วย CKD Stage ๑-๔ ที่การได้รับยา ACE-I/ARV	≥๖๐	๑๐	≤๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๑๐
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้า	≥๖๖	๑๐	≤๔๗.๕	๕๐	๕๒.๕	๕๕	๕๗.๕	๖๐	๖๒.๕	๖๕	๖๗.๕	≥๗๐	๑๐
คะแนนรวม		**๕๐**											**๕๐**

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

๑. การประเมินกระบวนการจัดบริการ ๖ องค์ประกอบ (๕๐ คะแนน)

สูตรคำนวณ : คะแนนที่ได้ x น้ำหนัก / คะแนนทั้งหมด

๒. การประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน)

สูตรคำนวณ : คะแนนการประเมินคุณภาพ CKD Clinic ที่ได้ x น้ำหนัก / คะแนนทั้งหมด

สรุปผลการประเมิน CKD Clinic คุณภาพ = ข้อ ๑ (๕๐ คะแนน) + ข้อ ๒ (๕๐ คะแนน)

= ๑๐๐ คะแนน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

๒. พัฒนาระบบบริการ CKD Clinic ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

๓. ส่งเสริมนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน และการสร้างสภาพแลดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๔. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรัง

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตในชุมชน

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผล ทั้งในส่วนการจัดบริการ CKD Clinic และในชุมชนรักษ์ไต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ทั้งภาครัฐและเอกชน (รพ.สต./PCU) CKD care ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดติดต่อ (NCD) เครือข่ายภาครัฐ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๒. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย

๓. Strength node CKD clinic ใน รพช. และขยายบริการ CKD Corner ให้ครอบคลุมใน รพ.สต.

๔. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชนผ่าน พชอ./พชต.

๕. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ผ่านสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน ในโรงงาน และในหน่วยงานราชการ

๖. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง การป้องกันและชะลอภาวะไตเสื่อม

๗. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๘. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD บูรณาการให้บริการร่วมกับ Service Plan สาขาการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓ E-mail : nunui9867@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๓ ร้อยละของสตรีอายุ๓๐-๖๐ปีที่ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

๒. คำนิยาม

๑. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์ บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านในส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมี ผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจแนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี.

๒. การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับความรู้และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง/ปี และผ่านการประเมินผลดังกล่าวจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๖๐ (สะสม ๒๕๖๓–๒๕๖๕)	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐
๒. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ๘๐	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

มะเร็งปากมดลูก

๑. เพื่อวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ในปี๒๕๖๗ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี)

มะเร็งเต้านม

๑. เพื่อวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมครอบคุลมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ต่อปี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

๒. โปรแกรม HPV screening (HPVcxs๒๐๒๐) ของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๕. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๔๕.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐–๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี ๒๕๖๗ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๗
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ๔๕.๒ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐–๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๗ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๗
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. คัดกรองเชิงรุกร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชนและกระตันกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๒. อบรมให้ความรู้แก่ อสม. ในการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเพื่อช่วยในการคัดกรองในพื้นที่

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

๒. สนับสนุนให้หน่วยตรวจสมารถจัดหาชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองในกลุ่มของ อสม.

๓. ศึกษาประสิทธิภาพของชุดตรวจด้วยตนเองในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขยายผลต่อในกลุ่มของประชาชนทั่วไปที่ต้องการตรวจด้วยตนเอง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐
๒. นางจารุวรรณ วรสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๖๗๕ ๓๕๕๔ E-mail : enjoyfamous@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ความสำเร็จของการดำเนินงานคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๔๔.๑ ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป
๔๔.๒ ร้อยละความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. คำนิยาม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย : ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ ๑๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๕
ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลรายงาน HDC

๖. รายการข้อมูล :

๑. ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)

$$= \frac{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๗ ที่ได้รับการคัดกรอง} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๗ ในหน่วยบริการนั้นๆ}}$$

๒. ร้อยละความชุกผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ ๑๕)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป x ๑๐๐}}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๗ ในหน่วยบริการนั้นๆ}}$$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ดำเนินงานตาม ๕ มาตรการป้องกันและควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เน้นแก้ปัญหาผู้มีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สร้างค่านิยม เด็ก เยาวชน ไม่บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่

๑. มีกลไกคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

๒. การสร้างความตระหนัก/รับรู้โทษ พิษภัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก่เด็ก เยาวชน รวมถึงสาธารณชน

๓. การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

๒. เฝ้าระวัง ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมายและสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในพื้นที่

๓. ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และสร้างความตระหนักรู้โทษพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕. สร้างมาตรการชุมชนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด

๒. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗

๓. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ

๔. ออกตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน การละเมิด พรบ.แอลกอฮอล์/ยาสูบ และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน)

๕. ดำเนินการตรวจเตือน/บังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับทีมเฉพาะกิจในจังหวัด/อำเภอ (๑,๐๐๐ ร้าน)

๖. สนับสนุนการจัดทำมาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชุมชนปลอดสุรา-ยาสูบ ด่านชุมชน งานบุญ/ประเพณี ปลอดเหล้า

๗. สนับสนุนให้ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัยตามที่เขต และกระทรวงกำหนด

๘. สนับสนุนการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในทุกอำเภอ

๙. สนับสนุนการการดำเนินงานในสถานศึกษา

นิเทศติดตามประเมินผล

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายระดับอำเภอปี ๒๕๖๗

๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/สุราตามกลุ่มเป้าหมาย

๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล

๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน

๕. ออกตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน การละเมิด พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในพื้นที่และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน)

๖. ตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมายในช่วงเทศกาลสำคัญ ตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๗. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด

๘. มีการให้บริการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในหน่วยบริการ

๙. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม.

๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด

๓. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/สุรา และจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต. ได้

๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่/สุรา ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน

๖. ตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมาย ในสถานประกอบการต่างๆ ในช่วงเทศกาลสำคัญ งานบุญประเพณี ตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ/แอลกอฮอล์ ในพื้นที่

๗. ร่วมบำบัด/ติดตาม ผู้ที่เข้ารับการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูง ในชุมชน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐

๒. นายอภิศักดิ์ ลากุล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘๕-๗๕๐ ๕๖๙๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๕ ความสำเร็จของการดำเนินงานคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป
๔๕.๑ ร้อยละการคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)
๔๕.๒ ร้อยละประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบยาสูบ (ไม่เกินร้อยละ ๑๕)

๒. คำนิยาม

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบยาสูบภายในรอบ ๑๒ เดือน ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

ยาสูบ หมายถึง บุหรี่ซิกาแรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่นๆ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจมูกหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย: ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบยาสูบไม่เกินร้อยละ ๑๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๗
ความชุกของผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ ๑๕
ร้อยละการคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน
๒. เพื่อลดนักสูบ นักเสพหน้าใหม่

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานการคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (special pp) ๔๓ แฟ้ม (หน้ารายงาน HDC)
๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง (ปีงบประมาณ) ในรอบ ๑๒ เดือน

๖. รายการข้อมูล:

๑. ร้อยละการคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕)

$$= \frac{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๖ ที่ได้รับการคัดกรอง x ๑๐๐}}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๖ ในหน่วยบริการนั้น ๆ}}$$

๒. ร้อยละความชุกของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ (ไม่เกินร้อยละ ๑๕)

$$= \frac{\text{จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป สูบยาสูบ x ๑๐๐}}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๖ ในหน่วยบริการนั้นๆ}}$$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ดำเนินงานตาม ๕ มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เน้นป้องกันเด็ก เยาวชน ประชาชนทุกคน ไม่ให้ได้รับพิษภัยจากผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ได้แก่

๑. การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

๒. การสร้างความตระหนัก/รับรู้โทษ พิษภัยบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า แก่เด็ก เยาวชน รวมถึงสาธารณชน

๓. การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

๔. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

๕. การยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า และร่วมบูรณาการงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ร่วมกับศึกษาธิการ ยกระดับโรงเรียนปลอดบุหรี่ ให้ผ่านเกณฑ์โรงเรียนปลอดบุหรี่ระดับจังหวัด ตาม ๗ มาตรการสถานศึกษาปลอดบุหรี่

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับจังหวัด

๒. เฝ้าระวัง ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมายและสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในพื้นที่

๓. ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และสร้างความตระหนักรู้โทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๔. บำบัดรักษาผู้เสพติดยาสูบ

๕. สร้างมาตรการชุมชนปลอดบุหรี่

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ประชุมคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด

๒. ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด

๓. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖

๔. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ

๕. ประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ

๖. สนับสนุนให้ส่งเจ้าหน้าที่งานบุหรี่ร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขตและกระทรวงกำหนด

๗. สร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๘. ดำเนินการตรวจสอบการกระทำความผิดตามที่ได้รับเรื่องร้องเรียน และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน)

๙. ดำเนินการตรวจเตือน/บังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับทีมเฉพาะกิจในจังหวัด/อำเภอ

๑๐. ประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา และเฝ้าระวัง ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานศึกษา

๑๑. นิเทศติดตามประเมินผล

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายระดับอำเภอปี ๒๕๖๖

๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่ตามกลุ่มเป้าหมาย

๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล

๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน

๕. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด

๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม.

๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอ กำหนด

๓. ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/และจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต. ได้

๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐

๒. นายปริชาติ บุตะกะ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘๙-๒๐๔ ๑๐๙๑

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๘ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๖ ร้อยละของอำเภอต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. คำนิยาม

อำเภอต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.รบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ หมายถึง การดำเนินงานตามมาตรการสำคัญของโครงการ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ อย่างน้อย ๔ ข้อ จาก ๖ ข้อ ประกอบด้วย

๑. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ระดับอำเภอ (EnvOcc CU) โดยเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการฯประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตรการสอบสวนโรค การเฝ้าระวัง การป้องกัน หรือการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่กรมควบคุมโรคกำหนด หรือที่กรมควบคุมโรครับรองอย่างน้อย ๑ คน

๒. จัดทำสถานการณ์รวมถึงข้อมูลที่จำเป็น/เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ ๕ โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช) และโรคจากสิ่งแวดล้อม ๒ โรค (โรคจากตะกั่วหรือ สารประกอบของตะกั่ว โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่

๓. สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณี พบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็น โรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ตามผังไหลของระบบการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม จังหวัดมหาสารคาม เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานโรคฯผ่านระบบ Event based ต่อไป

๔. สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน (ผอ.รพ./สสอ.) และส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ และกรมควบคุมโรค ตามลำดับ

๕. สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข และสถานประกอบการในพื้นที่

๖. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหาของพื้นที่เสนอต่อผู้บริหารหน่วยงาน (ผอ.รพ./สสอ.)

และรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดต่อไป

๒. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของอำเภอต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	-	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐

๓. วัตถุประสงค์

เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดอำเภอต้นแบบและกลไกการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นรูปธรรม

๔. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๕. รายการข้อมูล

มาตรการสำคัญของโครงการตามที่ระบุไว้ในนิยาม

๖. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๒. สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ระดับอำเภอ (EnvOcc CU)

๓. เพิ่มประสิทธิภาพการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่

๔. บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหาของพื้นที่

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. เข้ารับการชี้แจงแนวทาง ให้สามารถดำเนินการตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. ประสาน/ประชาสัมพันธ์หลักสูตรอบรมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

๓. วิเคราะห์และจัดทำสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

๔. สร้างกลไก หรือ รูปแบบการประชาสัมพันธ์สื่อ เกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ภายในพื้นที่รับผิดชอบ

๕. เข้ารับการพัฒนาศักยภาพผ่านระบบ online/onsite

๖. ดำเนินการพัฒนาต้นแบบตามมาตรการสำคัญ อย่างน้อย ๔ ใน ๖ ข้อ*

๗. สรุปผลการดำเนินงานพร้อมระบุปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นางสาวปริชาต ปกิรณะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๐๒๘๖๐๙๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๗ ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

๑. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๗ ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน หมายถึง

(๑) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผ่านมา พบการปนเปื้อนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist) วิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการผ่านมาตรฐาน หรือมีเลขผลิตภัณฑ์แสดงฉลากไม่ถูกต้อง

(๒) เครื่องสำอาง ที่จดแจ้งในประเภทบำรุงผิวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผิวขาว กระจ่างใส และปัญหาสิว ฝ้า กระจุดด่างดำและฉลากกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง หรือเครื่องสำอางที่มีลักษณะทางกายภาพสีเข้ม/ฉูดฉาดวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการผ่านมาตรฐาน, เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง (แอลกอฮอล์ล้างมือ) ได้รับการเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องสำอางฉลากไม่ถูกต้องหรือ อย.ห้ามจำหน่าย

(๓) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง คือ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.๒๕๖๒ (ครอบคลุมทั้งยาจากสมุนไพร ยาแผนไทย ยาพัฒนาจากสมุนไพร ยาแผนโบราณ) ที่มีทะเบียนตำรับยาชนิดรับประทาน จากการสุ่มสำรวจในครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ๑) โรคเก๊าท์ ๒) โรคไขมัน ๓) เบาหวาน ๔) ความดัน ๕) หอบหืด ๖) ข้อเสื่อม ๗) โรคไตเรื้อรัง ทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ไม่ผ่านมาตรฐาน หรือ จากสถานที่จำหน่าย/สถานที่ผลิต แสดงฉลากไม่ถูกต้อง หรือทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ไม่ผ่านมาตรฐาน

(๔) ผลิตภัณฑ์ยา หมายถึง ยาชุด ยาน้ำ หรือยาสมุนไพรที่มีการผสมสเตียรอยด์ ยาปลอม ยาไม่ได้ขึ้นทะเบียน และยาผิดมาตรฐาน ในสถานที่ผลิตและจำหน่าย ได้รับการสุ่มตรวจวิเคราะห์

(๕) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายกำหนด

สถานประกอบการ หมายถึง สถานผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๗ ประเภท ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านยา ด้านวัตถุเสพติด ด้านเครื่องสำอาง ด้านวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข ด้านเครื่องมือแพทย์ และด้านสมุนไพร ที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๒. สถานประกอบการผ่านมาตรฐาน หมายถึง

(๑) สถานที่ผลิตน้ำดื่มในภาชนะบรรจุปิดสนิท ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานการผลิตตามเกณฑ์ GMP อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

(๒) สถานที่ผลิตน้ำแข็งสำหรับการบริโภค ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานการผลิตตามเกณฑ์ GMP อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

(๓) สถานที่ผลิตนมพร้อมดื่ม (นมโรงเรียน) ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานการผลิตตามเกณฑ์ GMP อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และมีการรายงานผลแก่ อย.ตามที่กำหนด

(๔) สถานที่ขายยาทุกประเภท ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กฎหมายกำหนดอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

(๕) สถานที่ผลิตเกลือบริโภค ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กฎหมายกำหนดอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และได้รับการเก็บตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

(๖) สถานที่ขายยา ร้านค้าขายส่ง ร้านชำ กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวัง

๖.๑ การจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔พบการปนเปื้อนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist)

๖.๒ การจำหน่ายเครื่องสำอางที่มีฉลากไม่ถูกต้องหรือเครื่องสำอางในกลุ่มที่ อย.ห้ามจำหน่าย

๖.๓ การตรวจสอบการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ

(๗) สถานที่ผลิตเครื่องสำอางได้รับการตรวจสอบตามที่กฎหมายกำหนด

(๘) เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เครื่องสำอางที่จดแจ้งวัตถุประสงค์ในการใช้เป็นผลิตภัณฑ์ในประเภทแอลกอฮอล์เพื่ออนามัยสำหรับมือ

- เกณฑ์คุณภาพที่กำหนด หมายถึง เครื่องสำอางที่สุ่มตรวจวิเคราะห์ตรวจพบความเข้มข้นของเอทิลแอลกอฮอล์ หรือเอธานอล ไอโซโพรพิลแอลกอฮอล์ ไอโซโพรพานอล หรือ โพรพิลแอลกอฮอล์ หรือ เอ็น-โพรพานอล เพียงสารเดียว หรือผสมรวมกันอยู่มากกว่า ร้อยละ ๗๐ โดยปริมาตร

- เกณฑ์ความปลอดภัยตามที่กำหนด หมายถึง เครื่องสำอางที่สุ่มตรวจวิเคราะห์ไม่พบสารห้ามใช้ ได้แก่ เมทิลแอลกอฮอล์ (เมทานอล) ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อวัตถุที่อาจใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๖๑ และเรื่องชื่อวัตถุที่ห้ามใช้เป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๕๙ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

(๙) สถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
*๑) ร้อยละผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิตมีคุณภาพตามมาตรฐานกำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
*๒) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายกำหนด และสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓) ร้อยละผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้รับการตรวจสอบฉลากและเก็บตัวอย่างตามที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจสอบสเตียรอยด์ด้วยชุดทดสอบอย่างง่ายตามเป้าหมายกำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕) ผลิตภัณฑ์ยาชุด หรือยาน้ำในสถานที่ผลิตและจำหน่ายส่งตรวจศูนย์วิทย์	N/A	N/A	๑๐๐
สถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด			
๕) ร้อยละสถานประกอบการน้ำดื่มบริโภคและน้ำแข็ง ได้รับการตรวจมาตรฐาน GMP และเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖) ร้อยละสถานประกอบการร้านขายยา ได้รับการตรวจมาตรฐาน GPP อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๗) ร้อยละสถานประกอบการเกลือ ได้รับการตรวจมาตรฐานตามกฎหมาย อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	-	๘๐	๘๐
๘) ร้อยละร้านขายยา ร้านชำ ร้านค้าขายส่งกลุ่มเป้าหมาย** ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ	๘๕	๙๐	๙๐
๙) ร้อยละสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องสำอางฉลากไม่ถูกต้อง หรือ อย.ห้ามจำหน่าย	๘๕	๘๕	๘๕
๑๐) ร้อยละสถานที่ผลิตเครื่องสำอางได้รับการเฝ้าระวัง การผลิตเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๑๑) ร้อยละสถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ปีละ ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๘๕	๙๐	๙๐

*ดำเนินการร่วมกันในระดับจังหวัดและอำเภอ **ร้านกลุ่มเป้าหมาย ตามที่มีความเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย

๒. เพื่อตรวจสอบและเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงและบริการสุขภาพ หลังการออกสู่ตลาด ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

๓. เพื่อเป็นข้อมูลสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยงที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ คืนกลับสู่การแก้ปัญหาในระดับชุมชน ระดับจังหวัด และระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลพื้นฐานสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒.ข้อมูลสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

๓. แผนปฏิบัติการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

๔. ผลการตรวจสถานประกอบการด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

๕. ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ น้ำบริโภค น้ำแข็ง เกลือ นมโรงเรียน และผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

๖. รายงานการเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจข้อมูลจากครัวเรือนผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ดำเนินกิจกรรม RDU community อำเภอละ ๑ ตำบล

๗. สรุปผลรายงานผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงและบริการสุขภาพหลังการอนุญาตดำเนินการได้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด

๖. รายการข้อมูล

๑. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

= (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน

B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด

(ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง : ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง กลุ่มเป้าหมาย ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง: ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยา ตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์อย่างง่าย)

๒. ร้อยละสถานประกอบการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานกำหนด = (C/D) x ๑๐๐

C = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ

D = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านกฎหมาย และสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจสถานประกอบการด้านบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด

๓. ส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพด้วยการดำเนินงานเป็นไปตามแผนอย่างต่อเนื่อง ทบทวนและปรับแผนดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

๔. พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการให้มีความรู้ความเข้าใจในการดำเนินกิจการเป็นไปตามมาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

๕. เน้นผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงในการสุ่มตรวจและวิเคราะห์คุณภาพเพื่อดำเนินการตามกฎหมาย

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดอบรม พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่มีความรู้ด้านกฎหมายตาม พรบ.ที่รับผิดชอบ

๒. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์ เก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายและมีแผนการเฝ้าระวัง ในเขตรับผิดชอบ ตามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน

๓. ดำเนินการตามกฎหมายกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพ

๔. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวัง เสนอแนวทางพัฒนา และแก้ไขปัญหา ตามมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับอำเภอเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

๕. ประชุมอบรม หรือพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ

๖. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการค้นหา เก็บตัวอย่าง เฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงในชุมชน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงโดยชุมชนมีส่วนร่วม

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายเกษียร นวนน่วม ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๐๐๕๐๗๘ E-mail : tidrodyon๒๕๕๙@gmail.com
๒. นายขวัญชัย นุชกลาง ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๗๑๓๐๑๐๘ E-mail : khunchai.nee@gamil.com
๓. นางอาภากร เขจรรักษ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙ E-mail : apanut13@gmail.com
๔. นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๔๑๗๑๕๖๕ E-mail : kanja.jamm@gmail.com
๕. นายภูวดล ฦาชา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๒๗๓๒๓๙๗ E-mail : bhuvadol.d@gmail.com
๖. นางปธิณี อัคนิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๐-๗๔๙๔๒๖๑ E-mail : Pathinee.p@gmail.com
๗. นายบารมี พลขันธ์ ตำแหน่ง เภสัชกร
โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๓๒๔๗๘๓ E-mail : tiaw20092@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๘ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
ตัวชี้วัดที่ ๔๘.๑ ร้อยละของสถานพยาบาลภาคเอกชนกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (ร้อยละ ๙๐)
ตัวชี้วัดที่ ๔๘.๒ ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย (ร้อยละ ๗๕)

๒. คำนิยาม

๑. สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง

(๑) สถานพยาบาลเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) ได้รับการตรวจมาตรฐาน จนกระทั่งได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต เป็นไปตามวิธีการ ขั้นตอนและระยะเวลาการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน

(๒) สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนที่มีการดำเนินการที่มีแนวโน้มในการกระทำผิดฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑. สถานพยาบาลที่เคยกระทำผิดกฎหมายหรือถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย
๒. สถานพยาบาลที่ได้รับการร้องเรียน
๓. สถานพยาบาลที่เคยกระทำผิดหรือฝ่าฝืนการอนุญาตการโฆษณาทางสื่อสังคมออนไลน์ทุกช่องทาง
๔. สถานพยาบาลที่มีบริการห้องผ่าตัดต้องได้รับการตามมาตรฐาน

ระดับความเสี่ยงของสถานพยาบาล แบ่งเป็น ๕ ระดับ (ตรวจเฝ้าระวังในระดับที่ ๒ ขึ้นไป)

ระดับที่ ๑ แต่ไม่ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วย

ระดับที่ ๒ ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยแต่ไม่ได้รับอันตราย ได้แก่ สถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต หรือหมอกระเป๋า หรือคลินิกที่ให้บริการเสริมความงาม

ระดับที่ ๓ ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยให้ได้รับอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการบำบัดรักษา

ระดับที่ ๔ ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยให้ได้รับอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการบำบัดรักษานานขึ้น

ระดับที่ ๕ ส่งผลกระทบถึงผู้ป่วยให้ได้รับอันตรายถาวร ต้องช่วยชีวิต /เสียชีวิต

๒. เฝ้าระวังตามกฎหมาย หมายถึง การตรวจเยี่ยม การติดตาม และตรวจสอบสถานพยาบาลให้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	๙๐
ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย	๗๕	๗๕	๗๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานเป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน

๒. เพื่อให้สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมายและให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานและปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑–๑๒ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับเขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด)

๒. ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ

๓. ข้อมูลผลการตรวจสถานพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๑) ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด*	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานพยาบาลภาคเอกชนรายใหม่ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งวิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาการดำเนินงานเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานพยาบาลเอกชนรายใหม่ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×๑๐๐
รายการข้อมูล : ๒) ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย*	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (ระดับความเสี่ยงระดับที่ ๒ ขึ้นไป)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑) ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องและประสานงานการดำเนินงานตามกรอบหน้าที่กำหนด

๑.๑ คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดมหาสารคาม

๑.๒ คณะอนุกรรมการกลั่นกรองการโฆษณาเกี่ยวกับสถานพยาบาลประจำจังหวัดมหาสาราม

๑.๓ คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีประจำจังหวัด

๑.๔ คณะทำงานตรวจมาตรฐานการให้บริการสถานพยาบาลเอกชนประเภทรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ

๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลเอกชน

๓. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลรายใหม่ ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามนิยาม โดยพิจารณาจากระดับความเสี่ยง ๒ เป็นต้นไป เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยแยกเป็นคลินิกกลุ่มเสี่ยงที่ให้บริการเสริมความงาม และคลินิกกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ และโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาตามระดับความเสี่ยงที่กำหนด

๔. จัดทำรายงานผลตัวชี้วัดผ่านระบบ คบส. (ระบบสถานพยาบาลออนไลน์) ทุกสิ้นเดือน กรณีการยื่นขอสถานพยาบาลเอกชนรายใหม่

๕. ออกตรวจประเมินสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย

๖. จัดทำสรุปผลการประเมิน และรายงานต่อคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดและผู้บริหารทราบ

๗. ดำเนินการตามกฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำผิด พ.ร.บ. ที่เกี่ยวข้อง

๘. ออกตรวจมาตรฐานการให้บริการโรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาลเอกชน ลักษณะคลินิกเฉพาะคลินิกการประกอบโรคศิลปะ เพื่อพิจารณาอนุญาตใหม่

๙. ออกตรวจสถานพยาบาลเอกชน กรณีต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ๑๐ ปี เพื่อรายงานคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด

๑๐. ดำเนินการออกตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตและหมอกระเป๋าร่วมกับเครือข่ายบริการ

๑๑. ประชุมคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีประจำจังหวัด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอาภากร เขจรรักษ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙ E-mail : apanut13@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๙ ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้

๒. คำนิยาม

๑. ความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้ หมายถึง

๑. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ (สสอ./รพ.) มีความเข้มแข็ง ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ดังนี้

๑.๑ มีคณะกรรมการ SAT ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภออำเภอ และมีการดำเนินการ แก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพโดยกลไก SAT Team

๑.๒ คณะกรรมการมีการประชุมและเฝ้าระวังและจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๑.๓ คณะกรรมการมีการรายงานปัญหาผ่านระบบรายงานที่กำหนด (google form)

๑.๔ คณะกรรมการมีการจัดการเรื่องร้องเรียนได้ตาม SOP

๒. เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตามนโยบายกระจายอำนาจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๓. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนประถมศึกษา ทุกสังกัดที่อยู่ในพื้นที่อำเภอเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม อย.น้อย ในโงเรียน และโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ระดับดีเยี่ยมและมีการจัดการ ปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร)

๔. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนมีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาการโฆษณา เช่น อสม./ผู้ประกอบการ/อย.น้อย

๒. โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง โฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กำกับดูแล ๙ ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย (ที่ใช้ในบ้านเรือน หรือ ทางการสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ และสารระเหย

๓. โฆษณาทางสื่อออนไลน์ หมายถึง โฆษณาสินค้า หรือ บริการโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต สื่อออนไลน์หมายถึง ช่องทางในการโฆษณาผลิตภัณฑ์ผ่านทางอินเตอร์เน็ต ได้แก่ Shopee, Lazada, Facebook, Line, Tiktok, Instagram, Twitter, Youtube

๔. สถานีวิทยุ หมายถึง สถานที่ใช้สำหรับทำการส่งข่าวสารสาธารณสุข หรือ รายการของการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง ไม่ว่าจะเป็นการส่งผ่านโครงข่ายของตนเอง หรือของผู้อื่นก็ตาม

๕. การโฆษณาที่ผิดกฎหมาย หมายถึง การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผลิตภัณฑ์ยา ทางสื่อวิทยุกระจายเสียงและออนไลน์ ที่พบว่าฝ่าฝืนกฎหมาย โดยผลิตภัณฑ์อาหารเน้นที่กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มอวดอ้างสรรพคุณลดน้ำหนัก เสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และรักษาโรค

๖. การจัดการ หมายถึง การวิเคราะห์ แยกประเด็นข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และดำเนินการวิธีใดๆ เพื่อไม่ให้เผยแพร่โฆษณาที่ผิดกฎหมาย เช่น การเรียก ผู้ประกอบการมาชี้แจง ป้องปราม สั่งระงับโฆษณา เปรียบเทียบปรับ ส่งฟ้องศาล และส่งข้อมูลให้ กสทช. เป็นต้น

๗. เรื่องร้องเรียนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง เรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ หรือ การกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพรวมถึงการโฆษณาตามพระราชบัญญัติหรือพระราชกำหนด ที่ อย. มอบอำนาจ ให้ สสจ.

๘. SAT Team หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตาม ตรวจจับ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณา ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๙. โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานร่วมกัน ของภาคส่วนต่างๆในรูปแบบเครือข่าย บวร.ร (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) โดยอาจมีเครือข่ายอื่นร่วมด้วย เพื่อช่วยจัดการ หรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ชุมชนนั้นประสบอยู่โดยการแก้ไขปัญหาตามแนวคิดและวิถีของชุมชน

๑๐. โรงเรียน อย.น้อย หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินกิจกรรมตาม ๗ องค์ประกอบมาตรฐานของโรงเรียน อย.น้อย ซึ่งเป็นกิจกรรมเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคในสถานศึกษา

๑๑. โรงเรียน อย.น้อย ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม หมายถึง โรงเรียนที่น่าองค์ประกอบของเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย มาใช้ประเมินตนเองโดยมีผลคะแนนการประเมินมากกว่า ๙๐ คะแนนขึ้นไป ที่ได้รับการรับรอง และการรับรองนั้นยังไม่หมดอายุ

๑๒. โรงเรียน อย.น้อยพลัส หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญด้านคุ้มครองผู้บริโภค ๓ ประเด็น คือ ๑) กิจกรรมการสื่อสารเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน ๒) กิจกรรมบูรณาการร่วมกับเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยง จากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน และ ๓) กิจกรรมการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม เพื่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

๑๓. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หมายถึง องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล หรือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่น ที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดมหาสารคามมีทั้งหมด จำนวน ๑๔๓ แห่ง ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑ แห่ง เทศบาลเมืองมหาสารคาม ๑ แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน ๑๘ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๑๒๓ แห่ง

๑๔. อปท. ที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง อปท. (อบจ./ เทศบาลเมือง/ เทศบาลตำบล) ที่มีการจัดทำแผนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/หรือ ดำเนินงาน

คุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ระบุในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๑) ดังนี้

๑) การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒) การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม

๓) การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในท้องถิ่น

๔. ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุในพระราชบัญญัติแต่ละประเภทและได้แต่งตั้ง พนักงาน อปท. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๓๖) พ.ศ.๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒

๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๕๘ และพ.ศ. ๒๕๖๐

๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.๒๕๑๐ และพ.ศ.๒๕๖๑

๔) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสมุนไพร พ.ศ.๒๕๖๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
จำนวนเครือข่ายภาคประชาชน/ผู้ประกอบการ/ประชาสังคม ร่วมเฝ้าระวังการโฆษณาทางสื่อวิทยุหรือออนไลน์	N/A	N/A	๑๓
ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงและสื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละจำนวนสถานีวิทยุกระจายเสียงได้รับการเฝ้าระวังโฆษณา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ	-	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ทุกช่องทาง ได้รับการเฝ้าระวัง	-	๑๐๐	๑๐๐
จำนวนชุมชนที่มีการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร)	ไม่น้อยกว่า ๑ ชุมชน/จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๒ ชุมชน/จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๓ ชุมชน/จังหวัด
ร้อยละจำนวน อปท. มีการดำเนินภารกิจตาม	-	๑๐๐	๑๐๐

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
เป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจและมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง			
ร้อยละ อปท. ที่มีการควบคุมกำกับการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้า ร้านชำ	-	-	๘๐
จำนวนอปท. เข้าร่วมการนำเสนอ อปท.ดีเด่นประจำปี	-	อย่างน้อย ๓ แห่ง/จังหวัด	อย่างน้อย ๔ แห่ง/จังหวัด
ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ	๕	๕	๕
จำนวนโรงเรียนที่ผ่านการประเมินในระดับ อย.น้อย พลัส เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา	ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง/จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๒ แห่ง/จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง/จังหวัด
จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ใน ระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้น จากปีที่ผ่านมา	ไม่น้อยกว่า ๔ แห่ง/จังหวัด และมีส่วนร่วมกับ บวร.ร	ไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง/จังหวัด และมีส่วนร่วมกับ บวร.ร	ไม่น้อยกว่า ๖ แห่ง/จังหวัด และมีส่วนร่วมกับ บวร.ร

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

๒. เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ได้การกระจายอำนาจให้ อปท.

๓. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจการกระจายอำนาจให้ อปท. ตามเป้าหมายที่ อย. กำหนด

๔. กระตุ้นกำกับและส่งเสริมให้มีการด่าเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้ครบ ๔ ภารกิจ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และการโฆษณา

๒. ฐานข้อมูลร้านค้า

๓. ฐานข้อมูล บวร.ร

๔. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน SAT TEAM

๕. ข้อมูลการด่าเนินงานของ อปท. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๖. ฐานข้อมูลโรงเรียน อย. น้อย

๖. รายการข้อมูล

๑. ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่และออนไลน์ที่ได้รับการจัดการให้ถูกต้องตามกฎหมาย

B = จำนวนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุกระจายเสียง ในเขตพื้นที่และสื่อออนไลน์ทั้งหมด

๒. ร้อยละจำนวน อปท. ที่มีการดำเนินภารกิจตามเป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจ และมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวน อปท. ที่มีการดำเนินภารกิจตามเป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจ และมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง

B = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป้าหมาย (อบจ. ๑ แห่ง /เทศบาลเมือง ๑ แห่ง/ เทศบาลตำบล ๑๘ แห่ง รวม ๒๐ แห่ง)

๓. จำนวนชุมชนที่มีการจัดการเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ไม่น้อยกว่า ๓ ชุมชน/จังหวัด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = จำนวนชุมชนที่มีการจัดทำโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) เพื่อจัดการและเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

๔. ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP

B = จำนวนเรียนร้องเรียนทั้งหมด

๕. ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ระดับ ๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือ คณะท่างานจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (SAT Team) ระดับอำเภอ มีแผนและเป้าหมายการประชุม

ระดับ ๒ มีผลการประชุมคณะท่างานจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอตามเป้าหมายที่กำหนด

ระดับ ๓ มีการประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพรายงานผู้เกี่ยวข้อง

ระดับ ๔ นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง

ระดับ ๕ ประสานการด่าเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพและร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงาน นำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

๖. จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมเพิ่มมากขึ้นจากปีงบประมาณที่ผ่านมา โดยมีโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมไม่น้อยกว่า ๖ แห่ง/จังหวัด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยม

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังการโฆษณาและการจำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้รู้เท่าทันสื่อ

๒. รวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบการกระทำผิดกฎหมายและดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย

๓. พัฒนาองค์ความรู้ให้แก่อปท.ตามที่ได้รับการกระจายอำนาจ ๔ ภารกิจ และกระตุ้นให้เกิดการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคร่วมกับเครือข่ายสาธารณสุข

๔. สนับสนุนให้มีการดำเนินการและท่างานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดทำโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร)

๕. ส่งเสริม สนับสนุนด้านวิชาการและองค์ความรู้ต่างๆ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานให้แก่เจ้าหน้าที่ รพท./รพช./สสอ. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ติดตาม กำกับและประเมินผลเครือข่ายดำเนินงานเรื่องร้องเรียน

๖. ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพและ ร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุภาพ

๗. แต่งตั้งคณะกรรมการการทำงาน อย.น้อย /เครือข่าย บวร.ร. จังหวัดมหาสารคาม

๘. ผลักดันเป็นนโยบายให้ผู้บริหารมีส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรม

๙. ทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในระดับส่วนหัวหน้าราชการเพื่อเพิ่มความร่วมมือในทุกภาคส่วน

๑๐. กำหนดวางแผน ดำเนินกิจกรรม ประเมินผล และคืนข้อมูลเพื่อกำหนดแผนในปีต่อไป

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุกระจายเสียง จำนวน ๒ ครั้ง/ปี และทางสื่อออนไลน์ทั้ง ๘ ช่องทางๆละ ๑ ผลิตภัณฑ์ ไตรมาสละ ๑ ครั้ง และมีการรายงานอย่างสม่ำเสมอ

๒. นิเทศ/ลงพื้นที่เยี่ยมการดำเนินกิจกรรม ๔ ภารกิจ ของ อปท. รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลงานเด่นของ อปท. ทุกอำเภอ .

๓. จัดประกวดและมอบใบประกาศแก่ อปท. ที่มีผลงานเด่นระดับจังหวัด และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและอย. ทราบ

๔. จัดอบรมการรายงานผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบ FDA Center ให้กับอำเภอและจัดการประกวด Best practice ในการจัดการปัญหาและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิด อย. ๓ วัย/๓ ไว ระดับจังหวัด

๕. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบ จัดทำมี SOP ระบบการรับเรื่องร้องเรียน ให้มีการดำเนินงานและบันทึกเพื่อรายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและประสานข้อมูลต่อไป

๖. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และมีการประชุมจัดการแก้ไขปัญหาร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด

เครือข่าย บวร.ร.

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดประชุมและแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานเครือข่าย บวร.ร จังหวัดมหาสารคาม เพื่อค้นหาพื้นที่ในการดำเนินกิจกรรมการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒. กระตุ้นและติดตามทางอำเภอให้มีการดำเนินงานจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย บวร.ร. และชี้แจ้งขั้นตอนการรายงานผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบ FDA center

๓. จัดการประกวด Best practice ในการจัดการปัญหาและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิด อย. ๓ วัย/ ๓ ไว ระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. สนับสนุนให้มีการดำเนินการและทำงานร่วมกับภาคีเพื่อจัดทำโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ในการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

๒. มีการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและร่วมกันในการหาแนวทางป้องกันภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

๓. รายงานผลการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและการเฝ้าระวังในระบบ FDA center

โรงเรียน อย.น้อย

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดประชุมผู้บริหารระดับหัวหน้าส่วนราชการในส่วนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) ในการดำเนินกิจกรรมโรงเรียน อย.น้อย และแต่งตั้งคณะกรรมการทำงาน อย.น้อย จังหวัดมหาสารคาม

๒. กระตุ้นและติดตามทางอำเภอให้มีการสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียนตามเกณฑ์การประเมินเพื่อผ่านการประเมินในระดับดีเยี่ยม และ อย.น้อย พลัส ที่เพิ่มมากขึ้น

๓. จัดอบรมให้กับนักเรียน แกนนำ อย.น้อย ในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๑๓ อำเภอ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณา

๔. กระตุ้น/เยี่ยมเสริมให้กำลังใจ และให้คำแนะนำการประเมินตามมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อยให้กับโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๑๓ อำเภอ และชี้แจ้งขั้นตอนการประเมินผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบ FDA center

๕. จัดการประกวด Best practice ในการจัดการปัญหาและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิด อย. ๓ วัย ๓ ไว ระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. ประสานงานให้โรงเรียนเข้าร่วมรับการประเมินโรงเรียน อย.น้อย

๒. สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ สื่อที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อย
เพื่อพัฒนาไปสู่ผลการประเมินระดับดีเยี่ยม และมีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย บวร.ร.

๓. ประสานความร่วมมือกับชุมชนและออกแบบให้มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาไปสู่โรงเรียน อย.น้อย พลัส และมีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย บวร.ร.

๔. นิเทศ กำกับ ติดตาม โรงเรียนที่รับการประเมินในปี ๒๕๖๗ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินโรงเรียน อย.น้อย เพื่อพัฒนาไปสู่ผลการดำเนินประเมินระดับ ดีเยี่ยม และ อย.น้อย พลัส

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายเกษียร นวนน่วม ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๐๐๕๐๗๘ E-mail : tidrodyon๒๕๕๙@gmail.com
๒. นายขวัญชัย นุชกลาง ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๗๑๓๐๑๐๘ E-mail : khunchai.nee@gamil.com
๓. นางอาภากร เขจรรักษ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙ E-mail : apanut13@gmail.com
๔. นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๔๑๗๑๕๖๕ E-mail : kanja.jamm@gmail.com
๕. นายภูวดล ฦาชา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๒๗๓๒๓๙๗ E-mail : bhuvadol.d@gmail.com
๖. นางปธิณี อัคนิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๐-๗๔๙๔๒๖๑ E-mail : Pathinee.p@gmail.com
๗. นายสัญชัย ปลื้มสุด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๔-๔๐๔๐๒๑๑ E-mail : sunchai.phs@gmail.com
๘. นายบารมี พลขันธ์ ตำแหน่ง เภสัชกร
โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๓๒๔๗๘๓ E-mail : tiaw20092@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต

๒. คำนิยาม

๑. ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง อาหาร เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ของผู้ประกอบการ ๓ กลุ่ม คือ ๑.วิสาหกิจชุมชน ๒.สถานที่ผลิตอาหารที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ๓.ผู้ประกอบการอื่นๆ ในจังหวัดมหาสารคาม

๒. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพซึ่งผลิตโดยผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชน เช่น ผู้ผลิต OTOP วิสาหกิจชุมชน และ SMEs เป็นต้น ผลิตภัณฑ์สุขภาพดังกล่าวต้องเป็นไปตามกฎหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนดไว้ เช่น อาหาร (พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) ผลิตภัณฑ์สมุนไพร (พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. ๒๕๖๒) เครื่องสำอาง (พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๕๘) และวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน (พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ. ๒๕๓๕ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม)

๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริม หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ แก่ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

๔. ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและสามารถได้รับการอนุญาตสถานที่และผลิตภัณฑ์จาก อย.หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)

๕. ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ที่มีศักยภาพ ความพร้อม และประสงค์ที่จะประกอบการผลิต (ตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ต้องการเพิ่มรายการผลิตภัณฑ์ฯ ได้แก่ อาหารเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ วัตถุเสพติด ทั้งนี้ ให้รวมถึงผู้ที่มีคุณสมบัติตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นๆ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	-	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนด

๒. กระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการตามแนวทางที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ในการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง

๒. ฐานข้อมูลการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบ Skynet

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการได้รับอนุญาต	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย(ส่งเสริมผู้ประกอบการ) ที่ยื่นขออนุญาตและได้รับอนุญาต
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมาย(ส่งเสริมผู้ประกอบการ)และยื่นขออนุญาตทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ประสานงานร่วมกับเครือข่าย หน่วยงานพหุภาคีที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ประกอบการ OTOP และวิสาหกิจชุมชน เพื่อดำเนินงานส่งเสริมผู้ประกอบการในชุมชนร่วมกัน

๒. อบรมผู้ประกอบการในชุมชนและจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ในชุมชน เพื่อเป็นตัวอย่างในการดำเนินกิจการแบบครบวงจร ตั้งแต่การจัดหาวัตถุดิบ การแปรรูป การได้รับมาตรฐาน อย. และ การตลาด

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ.ที่รับผิดชอบ

๒. สำรวจสถานการณ์ ข้อมูลต่างๆ ของสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. ในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายได้ตามความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่

๓. กำหนดแผนบูรณาการระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่จังหวัด เพื่อการพัฒนาและส่งเสริมกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)

๔. คัดเลือกกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมแผนบูรณาการระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่จังหวัด

๕. ดำเนินการตามแผนบูรณาการระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่จังหวัด เพื่อการพัฒนาและส่งเสริมกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก ให้สามารถได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ให้ได้รับการส่งเสริม ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางปธิณี อัคนิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๐๗๔๙๔๒๖๑ E-mail : Pathinee.p@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

๒. คำนิยาม

สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบดังนี้

๑. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใดๆ ที่มิใช่ที่หรือทางสาธารณะ และมิใช่การขายของในตลาด
๒. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ
๓. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่น โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ดังนี้

มาตรฐาน Clean Food Good Taste หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับพื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่ จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๕ หมวด (สุขลักษณะ ๔ หมวด และชีวภาพ ๑ หมวด)

มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่ จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๕ หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารใน ระดับก้าวหน้า จำนวน ๙ ข้อ

ระบบ foodhandler หมายถึง ระบบลงทะเบียนและอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร และประเมินรับรองสถานที่จำหน่ายอาหาร อาหารริมบาทวิถี ตลาดนัด ตลาดสด แผงจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ รถเร่จำหน่ายอาหาร โดยเข้าใช้งานในระบบทาง https://foodhandler.anamai.moph.go.th/

ข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่ หมายถึง รายชื่อสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่ ประกอบด้วย ข้อมูลชื่อร้าน ชื่อผู้ประกอบกิจการ สถานที่ตั้ง จำนวนผู้สัมผัสอาหาร

เป้าหมายสถานที่จำหน่ายอาหารที่เข้าร่วมการพัฒนายกระดับให้ผ่านเกณฑ์ Clean Food Good Taste และ Clean Food Good Taste Plus หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหารขึ้นชื่อประจำพื้นที่ เป็นร้านแนะนำหรือเป็นที่นิยมของคนทั่วไป ร้านที่สมัครใจเข้าร่วมพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่ (ในกรณีที่จำนวนร้านอาหารร้อยละ ๔๐ น้อยกว่า ๕ ร้าน ให้ตั้งเป้าหมายไม่ต่ำกว่า ๕ ร้าน)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด			
- มาตรฐาน Clean Food Good Taste	ร้อยละ ๗๕ (๑๒/๑๗ แห่ง)	ร้อยละ ๗๒.๙ (๔๕๖/๖๒๕ แห่ง)	อย่างน้อยอำเภอละ ๕ ร้าน หรือร้อยละ ๔๐ ของสถานที่จำหน่ายอาหารเป้าหมาย
- มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus	ร้อยละ ๙๑.๖ (๑๑/๑๒ แห่ง)	ร้อยละ ๒.๒ (๑๐/๔๕๖)	เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลปี ๒๕๖๖ อย่างน้อย ๑ ร้าน/อำเภอ

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร

๒. ระบบ Foodhandler

๖. รายการข้อมูล

๑. ทะเบียนสถานที่จำหน่ายอาหาร ในพื้นที่

๒. รายชื่อ อปท ที่สมัครและใช้งานในระบบ Foodhandler

๓. ข้อมูลฝึกอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการ และผู้สัมผัสอาหารบนระบบ foodhandler

๔. ทะเบียนผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร ที่ผ่านการอบรมบนระบบ foodhandler

๕. ข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้รับการประเมิน บนระบบ foodhandler

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สนับสนุนการสมัครและใช้งานระบบ Foodhandler ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทุกระดับ

๒. สนับสนุนให้สถานที่จำหน่ายอาหารลงทะเบียนและประเมินตนเอง บนระบบ foodhandler

๓. ยกระดับร้านอาหารให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร

๓. ขึ้นทะเบียนผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร ที่ผ่านการอบรม บนระบบ foodhandler และฝึกอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการ และผู้สัมผัสอาหาร ทั้ง Online และ Onsite กับหน่วยงานจัดการอบรม

๔. บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการขับเคลื่อนและยกระดับร้านอาหารได้มาตรฐานระดับจังหวัด อาทิ ชมรม/สมาคมผู้ประกอบการร้านอาหาร ททท. หอการค้าพาณิชย์ฯ อปท

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สนับสนุนการสมัครและใช้งานระบบ Foodhandler ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทุกระดับ

๒. สำรวจและจัดทำข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่ และกำหนดเป้าหมายสถานที่จำหน่ายอาหารที่เข้าร่วมการพัฒนายกระดับให้ผ่านเกณฑ์ Clean Food Good Taste และ Clean Food Good Taste Plus

๓. สนับสนุนให้สถานที่จำหน่ายอาหารเป้าหมายที่เข้าร่วมการพัฒนายกระดับฯ ลงทะเบียนและประเมินตนเอง บนระบบ foodhandler

๔. ยกระดับร้านอาหารให้เป็นไปตามมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารขั้นพื้นฐาน CFGT ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ และ CFGT+ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๖ อย่างน้อย ๑ ร้าน/อำเภอ

๕. จัดฝึกอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ประกอบกิจการ และผู้สัมผัสอาหาร ทั้ง Online และ Onsite กับหน่วยงานจัดการอบรม หรือ ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๖. สนับสนุนการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร ที่ผ่านการอบรม บนระบบ foodhandler

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นางสาวปริชาต ปกิรณะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๐๒๘๖๐๙๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๒ ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

๒. คำนิยาม

๑. อาหารสด หมายถึง ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์ ตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด และเนื้อสัตว์ไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง

๒. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่นๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) และน้ำมัน อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ไม่มีสารห้ามใช้ตามที่กฎหมายกำหนด

๓. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ ในการควบคุมกำกับ

๑) ให้ผู้ประกอบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ด้วยการแนะนำผู้ประกอบการและตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหารที่จำหน่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ส่งตรวจรถตรวจสอบอาหารเคลื่อนที่ หรือส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการตามข้อกฎหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูป

๒) ให้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เป้าหมายการจัดให้มีตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลง ในผักและผลไม้ที่จัดซื้อในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงที่จำหน่ายในตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีแผนการส่งตรวจวิเคราะห์ ยาฆ่าแมลงกลุ่มไกลโฟเสต (Glyphosate) ตามนโยบายกำหนด

๓) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการตามเกณฑ์รพสต ติดดาว ในการสุ่มตรวจความปลอดภัยในอาหารสด โดยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อบต.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป มีความปลอดภัย	๘๕	๘๕	๘๕

๔. วัตถุประสงค์

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปในจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการตรวจสอบและเฝ้าระวังปราศจากสารห้ามใช้

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานสถานการณ์เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยในอาหารสดและอาหารแปรรูป ในระดับประเทศหรือภูมิภาค โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

๒. สถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูป

๓. เรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภค

๖. รายการข้อมูล

ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย= A/B x ๑๐๐

A = จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์

B = จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. กำหนดเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปที่อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพ

๒. ดำเนินงานอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่าย ภายในเขตรับผิดชอบ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์

๒. มีการเก็บตัวอย่างบรรลุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงาน คบส. รายไตรมาสในระยะเวลาที่กำหนด

๓. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร ตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย

๑) มีแผนและการจัดซื้อ ข้าว ไข่ ผัก ปลอดสารห้ามใช้ตามโครงการกำหนด

๒) ตลาดสีเขียวของโรงพยาบาลมีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ และมีกระบวนการแก้ไขปัญหากรณีผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน

๓) รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ตามรูปแบบและระยะเวลากำหนด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายบารมี พลขันธ์ ตำแหน่ง เภสัชกร

โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๓๒๔๗๘๓ E-mail : tiaw20092@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ ๑๐ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับท้าทาย

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท. รพช. และ รพ.สต.) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)	
หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตาม กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบัน และเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)	
หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อม ใน โรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างคาวมรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ มารับบริการ ๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการ ของผู้ป่วยและญาติ หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล ๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทาง สุขาภิบาลอาหาร ๑๑.ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล ๑๒. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)	
หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประ โยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล และชุมชน
หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	๑๕. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน ๑ ด้าน	
๑. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ๒. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๔. การจัดการของเสียทางการแพทย์	

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับท้าทาย			
- ระดับดีเยี่ยม	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๓/๑๓ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑๓/๑๓ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐
- ระดับท้ายทาย	ร้อยละ ๒๓ (๓/๑๓)	ร้อยละ ๔๖ (๖/๑๓)	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในระดับท้าทาย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบประเมิน GREEN & CLEAN

๒. ผลการตรวจวัด/การดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN

๖. รายการข้อมูล

ตามเกณฑ์ดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ของเครือข่ายโรงพยาบาลภายในจังหวัด

๒. สนับสนุนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ของโรงพยาบาลทุกแห่ง พัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย ; Challenge)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ของเครือข่ายโรงพยาบาลภายในจังหวัด

๒. สนับสนุนข้อมูลการวิชาการด้านการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN และพัฒนาสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย ; Challenge)

๓. โรงพยาบาลทุกแห่งโรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลในระบบประเมิน ทาง https://gch.anamai.moph.go.th/

๔. ส่งเสริมให้ รพ.สต. ในเครือข่าย พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN รพ.สต อย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ

๕. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นางสาวปริชาต ปกิรณะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๐๒๘๖๐๙๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔
ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๔ จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. คำนิยาม

เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม โดยมีการเพิ่มคนสุขภาพดีโดยใช้หลักสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ลดคนป่วยเน้นการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ด้วยกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

หน่วยบริการ หมายความว่า (๑) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภากาชาดไทย (๒) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (๓) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๔) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ ๑) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

หมอที่ ๑ หมอประจำบ้าน เช่น อสม./อสม.หมอประจำบ้าน ดูแลครอบครัว ๘-๑๕ หลังคาเรือน มีบทบาท ช่วยเหลือดูแลครอบครัว/ผู้ป่วย

หมอที่ ๒ หมอสาธารณสุข คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก ศสม./รพ.สต. เช่น พยาบาล/นวก. , จพ.สส.ชุมชน /ทันตฯ/จพง.เภสัช /แพทย์แผนไทย /จนท.สธ. และ อื่น ๆ ดูแลประชากร ๑,๒๕๐-๒,๕๐๐ คน มีบทบาทดูแลสุขภาพประชาชน ครอบครัวและชุมชน/ให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงหมอที่ ๑

หมอที่ ๓ หมอครอบครัว คือ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่มีความรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชากร ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน หรือรพ.สต. ๑- ๓ แห่ง/ทีม มีบทบาทดูแลสุขภาพประชาชน ครอบครัวและชุมชน/ให้คำปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงหมอที่ ๒ และ ๑

ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๑. การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรกต่อเนื่องและผสมผสาน

๒. การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

๓. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่

๔. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

๖. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย

Staff

๑. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา

๒. พยาบาลวิชาชีพ ๒ คนเป็นอย่างน้อย

๓. นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ๒ คน เป็นอย่างน้อย

System

๑. มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่

๒. มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

๓. มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี

๔. ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า

๕. การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน

๖. ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ

๗. ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

Structure

๑. มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

๒. สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒)	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๒	ร้อยละ ๖๑

๔. วัตถุประสงค์

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย และปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และสามารถเชื่อมโยงบริการจากครัวเรือนจนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อพ้นภาวะวิกฤต ตลอดจนการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวปี ๒๕๖๕ ที่มีคุณภาพ (สะสม)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทีมคลินิกหมอครอบครัว เป้าหมาย ๑๐ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ถ่ายทอดนโยบายและชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

๒. นิเทศ และ กำกับติดตาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดและประสานกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม (กสพ.)

๒. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน

๓. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖

๔. พัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอ ประสานและสนับสนุนการ ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และ พัฒนาสหสาขาวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวและ Service plan เพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว

๕. ทบทวนแผนการขึ้นทะเบียน ๑๐ ปี ตามพรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และประสานงานและสนับสนุน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๖. พัฒนาทีมประเมินคุณภาพ

๗. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพแบบเยี่ยมเสริมพลังทั้งภายนอกและภายในจังหวัด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอโดยมีโครงสร้างครอบคลุมทั้ง สาธารณสุขและ อบจ.เพื่อประสานให้เกิดคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. กำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน การประเมินผล

๓. ทบทวนแผนการจัดตั้ง ๑๐ ปี และดำเนินการตามแผน และสนับสนุนทรัพยากรและการจัดหาสถานที่การจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม

๔. ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้บริการตามมาตรฐานการบริการตาม Primary care service ที่กำหนดไว้ในประกาศ ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒

๕. วิเคราะห์ส่วนขาดของบุคลากร วางแผนร่วมกับ งาน HRM การเพิ่มคุณภาพ บุคลากร

๖. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖

๒. ทำทะเบียนคู่แพทย์กับประชาชนในทีมPCU /NPCU ที่ประกาศขึ้นทะเบียนแล้ว

๓. สื่อสารช่องทางการติดต่อหมอประจำตัว ๓ คน และสร้างการรับรู้กับประชาชนให้ประชาชนรู้จักหมอประจำครอบครัว ทั้ง ๓ หมอ และสิทธิที่ประชาชนจะได้รับ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔ E-mail : sumalee_91206 @hotmail.com
๒. นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๘๑๐๓๘ E-mail : supapron_2012 @hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๗ จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

๒.คำนิยาม

ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

๑. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor

๒.หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว”

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

๑. บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่

๒. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

๓. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

๔. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสานประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

๕. การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

๖. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

๗. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน	๓๕ ล้านคน (ร้อยละ ๕๑)	๓๘ ล้านคน (ร้อยละ๕๗)	๔๑ ล้านคน (ร้อยละ๖๐)

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

๒. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรทั้งหมด (แหล่งข้อมูลประชากรกลางปี ทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) https://www.dopa.go.th
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ถ่ายทอดนโยบายและชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

๒. นิเทศ และ กำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนา

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดและประสานกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม (กสพ.)

๒. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน

๓. พัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอ

๔. สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

๕. ส่งเสริมและสนับสนุนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ Telehealth, Telemedicine

๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และประชาสัมพันธ์สู่สาธารณสุข

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอโดยมีโครงสร้างครอบคลุมทั้ง สาธารณสุขและ อบจ. เพื่อประสานให้เกิดคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. กำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน การประเมินผล

๓. สนับสนุนและ ส่งเสริมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และ อบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว,การพัฒนาสหสาขาวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และ Service plan เพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว,พัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน/อสม. หมอที่ ๑

๔. สนับสนุน และส่งเสริม การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน การทำงาน ของทีม ๓ หมอ

๕. พัฒนาและส่งเสริมการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพและการใช้ Telehealth, telemedicine ในการให้บริการปฐมภูมิ

๖. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel

๗. สนับสนุนทรัพยากร

๘. สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

๙. กำกับติดตามประเมินผล

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล/ระดับ PCU/NPCU

๑. จัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน

๒. วิเคราะห์สภานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (WECADO) และกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อสร้าง Health literacy แก่กลุ่มเป้าหมาย ในที ม๓ หมอ

๓. บูรณาการกับ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับ ตำบล

๔. บริการตามมาตรฐานการบริการตาม Primary care service ที่กำหนดไว้ในประกาศแห่ง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๕. จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางและการส่งต่อโดยใช้กลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

๖. พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็นหมอที่ ๑ ทุกคน ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลครอบครัว อสม.หมอประจำบ้าน/อสม. หมอที่ ๑

๗. พัฒนา และส่งเสริม การใช้ข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ มีการใช้ระบบแพทย์ทางไกล Tetehealth, Telemedicine ในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง Palliative care เป็นต้น

๘. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel กับโรงพยาบาลแม่ข่าย

๙. พัฒนาระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพในชุมชน

๑๐. รายงานผลการดำเนินงาน และ สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔ E-mail : sumalee_91206 @hotmail.com
๒. นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๘๑๐๓๘ E-mail : supapron_2012 @hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๖ : ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๒. คำนิยาม

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Plan) มีการจัดกิจกรรมดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และมีประเมินผลการดำเนินงาน (Result)

ตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลต้องดำเนินการผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ TPAR แบ่งระดับของการพัฒนาออกเป็น ๕ ระดับ ได้แก่

๑.๑ ระดับพื้นฐาน เริ่มจากการพัฒนาทีมสุขภาพตำบล และข้อมูล
๑.๒ ระดับพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนร่วมกับทีมสุขภาพตำบล
๑.๓ ระดับดี ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนสุขภาพตำบล
๑.๔ ระดับดีมาก มีการวางระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง
๑.๕ ระดับดีเยี่ยม สามารถเป็นตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบได้

ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง

๑.ทุกหมู่บ้านในตำบลต้องมีผลการบันทึกข้อมูลระดับการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา ทุกหมู่บ้านต้องผ่านเกณฑ์กระบวนการTPAR ระดับดีขึ้นไป

๒.ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ต้องมีผลประเมินผ่านเกณฑ์กระบวนการ TPAR ระดับดีขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	๗๕	๗๕	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. การบันทึกข้อมูล โปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา
๒. โรงพยาบาลมหาสารคาม
๓. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน
๒. กำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๓. บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน
๔. สรุปผลการดำเนินงาน
๕. จัดทำทะเบียนตำบลที่มีผลการประเมินระดับดีเยี่ยม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับจังหวัด อำเภอ
๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ
๓. ประเมินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ทุกตำบล
๔. ประกวดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ระดับจังหวัด
๕. สรุปบทเรียนพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ระดับจังหวัด
๖. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
๗. ประเมินผลตำบลจัดการคุณภาพชีวิตบันทึกในโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔
๒. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๒ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑.ตัวชี้วัดที่ ๕๗ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) กลุ่มผู้สูงอายุ เป้าหมายปี ๒๕๖๗ ตามจำนวน อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้าน/ชุมชน เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐ ของ อสม.ที่มีสิทธิ์รับค่าป่วยการทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม (อสม.หมอประจำบ้าน ๑ คน ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ๓ คน)

อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาวะผู้นำเป็นที่ยอมรับและมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) โดยได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อสม.หมอประจำบ้าน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด ปี ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ อสม.ที่มีการคัดกรองภาวะถดถอย ๙ ด้านในกลุ่มผู้สูงอายุ และให้ อสม.ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถขึ้นทะเบียนเป็น อสม.หมอประจำบ้านได้

คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นทุกด้าน

เป้าหมายจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน ปี ๒๕๖๗ หมายถึง จำนวน อสม.เป้าหมายพัฒนาเป็น อสม.หมอประจำบ้าน คิดจากร้อยละ ๕๐ ของ อสม. ที่มีสิทธิ์รับค่าป่วยการ (อสม.บัญชี ๑) ของจังหวัดมหาสารคาม อสม.หมอประจำบ้าน ๑ คน ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๓ คน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๗๕	๗๕	๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้านดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มอบหน้าที่ให้ อสม.หมอประจำบ้านดูแลหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๒. รายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.รายเดือน (รายงาน อสม. ๑) ในแอปพิเคชั่นสมาร์ท อสม.

๓. สรุปผลการดำเนินงาน ระดับอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (เป้าหมาย อสม.หมอประจำบ้านร้อยละ ๕๐ ของ อสม.ที่มีสิทธิ์รับค่าป่วยการ ๑ คน x ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล ๓ คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงาน

๓. พัฒนาคณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุขโรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ระดับอำเภอ

๔. จัดทำชุดความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้าน

๕. สนับสนุนการมีส่วนร่วมดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๖. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน

๗. ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน

๘. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย แก่คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ดับอำเภอ

๓. จัดทำชุดความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้าน

๔. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๕. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ

๖. ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน

๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ระดับอำเภอและตำบล

๒. มอบภารกิจ รพ.สต.กำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน และการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

๓. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอและตำบล

๔. ประเมินและรายงานผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน

๕. รายงานผลการดำเนินงาน

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ขึ้นทะเบียน อสม.หมอประจำบ้าน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๒. มอบหมายหน้าที่ให้ อสม.หมอประจำบ้าน ๑ คน ดูแลผู้ป่วยในละแวกตนเอง อย่างน้อย ๓ คน

๓. อสม.หมอประจำบ้าน ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ เดือนละ ๑ ครั้ง

๔. อสม.หมอประจำบ้าน สรุปการเยี่ยมบ้าน และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

๕. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงาน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔

๒. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๒ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑.ตัวชี้วัดที่ ๕๘ จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

๒. คำนิยาม

อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่มีภาวะผู้นำ เป็นที่ยอมรับ และมีทักษะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital skill) โดยได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด หรือตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อสม.หมอประจำบ้าน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด ปี ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้ อสม.ที่มีการคัดกรองภาวะถดถอย ๙ ด้านในกลุ่มผู้สูงอายุ และให้ อสม.ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้านในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถขึ้นทะเบียนเป็น อสม.หมอประจำบ้านได้

อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม.ที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม. หมอประจำบ้าน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด และได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตวายเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) กลุ่มผู้สูงอายุ) ที่อยู่ในละแวกที่รับผิดชอบ อย่างน้อย ๓ คน ทำหน้าที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้คำแนะนำในการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เป้าหมายจำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ปี ๒๕๖๗ หมายถึง จำนวน อสม. คิดจากร้อยละ ๕๐ ของ อสม.ที่มีสิทธิ์รับค่าป่วยการ (อสม.บัญชี ๑) ของจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๑,๙๔๔	๓,๙๔๘	๙,๖๙๔

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ทะเบียน อสม.หมอประจำบ้านที่ขึ้นทะเบียนเป็น อสม.หมอประจำบ้าน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๒. ทะเบียนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่มอบหน้าที่ให้ อสม.หมอประจำบ้านดูแล หน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๓. รายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม.รายเดือน (รายงาน อสม. ๑) ใน แอปพิเคชั่น สมาร์ท อสม.

๔. สรุปผลการดำเนินงาน ระดับอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน อสม.คิดจากร้อยละ ๕๐ ของ อสม.ที่มีสิทธิ์รับค่าป่วยการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ดับอำเภอ

๓. จัดทำชุดความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้าน

๔. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๔. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ

๕. ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน

๖. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ดับอำเภอ

๓. จัดทำชุดความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน อสม. หมอประจำบ้าน

๔. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๕. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ

๖. ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน

๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ระดับอำเภอและตำบล

๒. มอบภารกิจ รพ.สต.กำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน

๓. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.ระดับอำเภอ และตำบล

๔. ประเมินและรายงานผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน

๕. รายงานผลการดำเนินงาน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ขึ้นทะเบียน อสม.หมอประจำบ้าน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๒. มอบหมายหน้าที่ให้ อสม.หมอประจำบ้าน ๑ คน ดูแลผู้ป่วยในละแวกตนเอง อย่างน้อย ๓ คน

๓. อสม.หมอประจำบ้าน ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย ให้คำแนะนำ ในการดูแลสุขภาพ เดือนละ ๑ ครั้ง

๔. อสม.หมอประจำบ้าน สรุปการเยี่ยมบ้าน และประเมินคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย

๕. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงาน กับหน่วยบริการสาธารณสุขที่ อสม.สังกัด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔

๒. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๒ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑.ตัวชี้วัดที่ ๕๙ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว

๒. คำนิยาม

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัว ที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายในครอบครัวกรณีครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรือ อยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้เป็น อสค. ได้

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) ประเมินจาก

๑. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ
๒. มีความรู้ ความเข้าใจ เนื้อหาสาระด้านสุขภาพ
๓. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง
๔. การจัดการตนเอง(การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว หมายถึง อสค. แต่ละครอบครัวสามารถเป็นแกนนำ ดังนี้

๑. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแล สุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง
๒. สามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
๓. สามารถประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.

เป้าหมายดำเนินการทุกหมู่บ้าน/ชุมชน วิธีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) สุ่มประเมิน อสค. หมู่บ้านละ ๔๐ คน ตามแบบประเมิน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	๗๕	๗๕	๘๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อบูรณาการต่อยอดการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน

๒. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคภัยได้ด้วยครอบครัว

๓. เพื่อส่งเสริมให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองได้ทั้งสภาวะปกติ และมีโรคภัยสุขภาพ

๔. เพื่อพัฒนาให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. จากการบันทึกผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ_ของ อสค. หมู่บ้านละ ๔๐ คน ในโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒. สรุปผลการดำเนินงาน จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้อง

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานแก่คณะทำงานระดับอำเภอ

๓. ชี้แจงแอปพิเคชั่น ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษา

๔. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๕. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ

๖. ประเมินผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษา คืนข้อมูลกลับให้ระดับอำเภอ

๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานแก่คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนและประธานชมรม อสม.ดับอำเภอ

๓. ชี้แจงแอปพิเคชั่น ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษาแก่เครือข่าย อสม.ทุกระดับ

๔. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๕. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ

๖. ประเมินผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษาคืนข้อมูลกลับให้ระดับอำเภอ เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ บูรณาการแผนงานที่เกี่ยวข้อง

๒. ประชุมชี้แจงเตรียมแนวทางการดำเนินงานแก่คณะทำงานระดับอำเภอ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสำนักงานสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชน และประธานชมรม อสม.ระดับอำเภอ,ตำบล

๓. ชี้แจงแอปพิเคชั่น ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษาแก่เครือข่าย อสม.ทุกระดับ

๔. สนับสนุนการมีส่วนร่วมติดตามกำกับการดำเนินงานของชมรม อสม.จังหวัดมหาสารคาม

๕. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ

๖. ประเมินผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกรม Health Gate ของกองสุขศึกษา คืนข้อมูลกลับให้ระดับตำบล เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้บรรลุตามเป้าหมาย

๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. คัดเลือก อสค.ประจำครอบครัว ทุกครอบครัว ๆละ ๑ คน

๒. มอบ อสม.ทุกคนให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) แก่ อสค.ในละแวกที่รับผิดชอบ

๓. อสม.สุ่มประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๔๐ คน ต่อหมู่บ้าน ตามแอปพิเคชั่น ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ โปรแกม Health Gate ของกองสุขศึกษา

๔. อสม.นำผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มาจัดกิจกรรมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

๕. สรุปกิจกรรมเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔

๒. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๒ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑.ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. คำนิยาม

ชุมชน หมายถึง หมู่บ้านและชุมชน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม รวมจำนวน ๑,๙๔๔ หมู่บ้าน ๓๐ ชุมชน

การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Plan) มีการจัดกิจกรรมดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนและมีประเมินผลการดำเนินงาน (Result) ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดต้องผ่านเกณฑ์การพัฒนาตั้งแต่ระดับดีขึ้นไป

ระดับการพัฒนา

๑. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
๒. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ
๓. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน
๔. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ ชุมชน ประชาชน ในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น

เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคีที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน

พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้าน/ชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑,๙๔๔ หมู่บ้าน ๓๐ ชุมชน รวมทั้งสิ้น ๑,๙๗๔ หมู่บ้าน/ชุมชน บันทึกผลการประเมินหมู่บ้าน/ชุมชน ในโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	-	๗๕	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หมู่บ้าน/ชุมชน มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. เพื่อประชาชนจังหวัดมหาสาคาม มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. จากการบันทึกผลการประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในโปรแกรม Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒. สรุปผลการดำเนินงาน ระดับอำเภอ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

๒. กำกับ/ติดตาม การประเมินผล

๓. ประกวดหมู่บ้าน/ชุมชน

๔. สรุปผลการดำเนินงานจากระบบ Health Gate กองสุขศึกษา คืนข้อมูลรายไตรมาส

๕. แลกเปลี่ยนเรียนรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ชี้แจงแนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แก่ทีมระดับอำเภอ

๒. กำกับ/ติดตาม การประเมินผล ระดับอำเภอ ตำบล

๓. ประกวดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดีเด่นระดับจังหวัด

๔. รวบรวมรายงานผลการดำเนินงาน.จากระบบ Health Gate กองสุขศึกษา

๕. รวบรวม ประเมินผลตามไตรมาส

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔

๒. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

๖๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

๖๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม * ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘

หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕

๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐

๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙

๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังรังระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔ – N๑๘.๕

๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I๑๐-I๑๕

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดกัน < ๑๔๐/๙๐ mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๖๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥๔๐	≥๔๐	≥๔๐
๖๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	≥๖๐	≥๖๐	≥๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

๕. แหล่งข้อมูล

ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	
รายการข้อมูล ๑	A: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล ๒	B: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	
รายการข้อมูล ๑	C: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี
รายการข้อมูล ๒	D: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี = (A/B) x ๑๐๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี = (C/D) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทุกกลุ่มอายุ

๒. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับตำบล และอำเภอ

๓. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณะที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชนด้านการเฝ้าระวัง ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๖. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๗. พัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. บูรณาการงานวิจัย การจัดการความรู้ และนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. วางแผน วิเคราะห์ จัดทำแผนงาน/ โครงการ/ งบประมาณ

๒. ควบคุม ตรวจสอบ และกำกับการดำเนินงานระดับอำเภอ/ ตำบล

๓. สนับสนุนส่งเสริมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องให้กับระดับอำเภอ/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่าย

๔. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ และตำบล (System Manager, Case Manager, Mini Case Manager)

๕. การนิเทศงาน ติดตาม และประเมินผล

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. กำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ

๒. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยอย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรัง

๓. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ป่วยโดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ

๔. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

๕. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดบริการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. ดำเนินงานตำบลต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

๒. คำนิยาม

ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

หมายเหตุ รหัส ICD ๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ – I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ – I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ – I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ – I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

หมายเหตุ

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียน Type area ๑ และ ๓ หมายถึง

๑.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี Type area ๑ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอาศัยอยู่จริง

๑.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี Type area ๓ หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥๘๐	≥๘๐	≥๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC

๒. กระทรวงสาธารณสุขรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (≥๒๐%) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน ๑ เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕ - ๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า หมายเหตุ รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ – I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ – I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒ , I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ – I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ – I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ – I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ – I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ – I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ – I๖๙
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทุกกลุ่มอายุ

๒. พัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลในระดับตำบล และอำเภอ

๓. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๔. ส่งเสริมให้มีนโยบายสาธารณะที่สร้างสภาพแวดล้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเพียงพอ

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชนด้านการเฝ้าระวัง ส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๗. พัฒนาบุคลากรทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้สามารถเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. บูรณาการงานวิจัย การจัดการความรู้ และนวัตกรรม เพื่อสนับสนุนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานป้องกันโรค CVD สำหรับบุคลากรระดับ รพ.สต.

๒. สนับสนุนการดำเนินงานประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี

๓. ติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี

๒. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD Risk ในแต่ละระดับความเสี่ยง โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ระดับความเสี่ยง ≥ ๓๐%) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นและรีบด่วน

๓. การจัดการให้กลุ่มเสี่ยงมี Health Literacy ที่สามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผล

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี

๒. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD Risk ในแต่ละระดับความเสี่ยง โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ระดับความเสี่ยง ≥ ๓๐%) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นและรีบด่วน

๓. บันทึกข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระบบ ๔๓ แฟ้ม

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัด ที่ ๖๓ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๖๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๖๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)

การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๖๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	น้อยกว่า ร้อยละ ๗
๖๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
๒. ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
๒. ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke :I๖๐-I๖๙)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด

๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง มี Stroke unit และให้บริการ Stroke fast track อย่างมีคุณภาพ

๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

๔. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๕. ร่วมกับ อปท., หน่วยงาน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด

๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง มี Stroke unit และให้บริการ Stroke fast track อย่างมีคุณภาพ

๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

๔. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๕. ร่วมกับ อปท., หน่วยงานต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการ Prevention and Pre-hospital

๑.๑ Stroke awareness, Alert และ Pre-hospital care (EMS) เรียก ๑๖๖๙

๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง

๒. ระบบการส่งต่อ Refer out

๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk

๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕

๒. นางเบญจพร เองวานิช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๔๑๙๙๗๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary Care Cluster : SCC)

๖๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

๖๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๒. คำนิยาม

๒.๑ ระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster: SCC) หมายถึง การบริหารจัดการระบบบริการผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ M๒ กับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F๒ ที่จัดทำข้อตกลงร่วมกันเพื่อการยกระดับการจัดบริการเฉพาะด้าน

๒.๒ ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster: SCC) หมายถึง การดำเนินการของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในการยกระดับการจัดบริการเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการโดยใช้การแพทย์ทางไกล(Telemedicine)เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดบริการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC)

๒.๓ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง หมายถึง ผู้ป่วยในทุกกลุ่มโรคที่ได้กำหนดเป็นข้อตกลงในเครือข่ายบริการให้มีการประสานการดูแลรักษาพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย

๒.๔ เครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ

๒.๔.๑ Node พยัคฆภูมิพิสัย ประกอบด้วย รพ.แม่ข่าย คือ รพ.พยัคฆภูมิพิสัย รพ.ในเครือข่าย คือ รพ.ยางสีสุราช และ รพ.นาดูน

๒.๔.๒ Node บรบือ ประกอบด้วย รพ.แม่ข่าย คือ รพ.บรบือ รพ.ในเครือข่าย คือ รพ.กุดรัง และรพ.นาเชือก

๒.๔.๓ Node โกสุมพิสัย ประกอบด้วย รพ.แม่ข่าย คือ รพ.โกสุมพิสัย รพ.ในเครือข่าย คือ รพ.เชียงยืน, รพ.ชื่นชม

๒.๔.๔ Node วาปีปทุม ประกอบด้วย รพ.แม่ข่าย คือ รพ.วาปีปทุม, รพ.ในเครือข่าย คือ รพ.แกดำ (สำหรับ รพ.กันทรวิชัย เป็นเครือข่ายของ รพ.มหาสารคาม ในการจัดบริการ Intermediate Care และระบบการบริการส่งต่อภายใต้ระบบการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการ)

๒.๕ ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางการส่งต่อ Fast Track ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ ประกอบด้วย ๕ สาขา ดังนี้

๒.๕.๑ สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕),

๒.๕.๒ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วย ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๒.๕.๓ สาขาอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะsevere sepsis หรือ septic shock,

๒.๕.๔ สาขาทารกแรกเกิด หมายถึงทารกแรกเกิดมีชีพ ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน และเข้าเกณฑ์การส่งต่อ Fast –track โดยใช้ STABLE program

๒.๕.๕ สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉินหมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Head injury) โดยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Fast Track ระหว่างเครือข่ายบริการ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วย ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน ๔.๒ – ๔.๔

ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥๖๕ mm Hg และ มีค่า serum lactate level >๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕),

ทารกแรกเกิดมีชีพ ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน และเข้าเกณฑ์การส่งต่อ Fast –track โดยใช้ STABLE program

สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Head injury)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๖๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	-	๖๐	๖๐
๖๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	-	๖๐	๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๒. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
๓. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย
๔. มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน
๒. ฐานระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย
๓. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(Fast Track)ที่ได้รับบริการส่งต่อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้านภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	B = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(Fast Track)ที่ได้รับบริการส่งต่อ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ

๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง จัดทำแผนยกระดับการจัดบริการเฉพาะด้านภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดบริการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย

๓. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิและเพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC)

๔. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ

๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๖. วิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. รพ.ทุกแห่ง จัดระบบการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิภายใต้ข้อตกลงการจัดบริการเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

๒. รพ.ทุกแห่งจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast track ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และเพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC)

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพและ ทีมส่งต่อผู้ป่วย

๔. ปรับระบบการจัดบริการตามแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ

๕. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention and Pre-hospital)

๑.๑ Fast track Alert และ Pre-hospital care(EMS)

๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง

๒. ระบบการส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน Fast Track

๔. ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีภาวะฉุกเฉินในกลุ่มโรค Fast track

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๔๕๖๕๔๑ E-mail : nadear_255@hotmail.com
๒. นางธนิยาณัฐ แก้วม่วง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๕ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
ตัวชี้วัดที่ ๖๖ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ
๑.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ≥ ๘๘ %
๑.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ ๕
๑.๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ๙๐ %
๑.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐
๑.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๒. คำนิยาม

๒.๑ Success rate หมายถึง อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๒.๑.๑ ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๒.๑.๒ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๒.๑.๓ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผล การตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อน สิ้นสุดการรักษาเป็นลบ รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๒.๑.๔ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๒.๑.๕ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

๒.๑.๖ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๒.๑.๗ กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ Dead rate หมายถึง อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใหม่และ กลับเป็นซ้ำ

๒.๓ TB Treatment coverage หมายถึง ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

๒.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม ต้องเอ็กซ์เรย์ทรวงอก ร้อยละ ๑๐๐

๒.๔.๑ ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (House Hold Contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลา ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง ๓ เดือนที่ผ่านมา

๒.๔.๒ บุคลากรสาธารณสุข (Heath Care Worker) หมายถึง กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๒.๔.๓ ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือ Human Immunodeficiency Virus : HIV

๒.๔.๔ Elderly ≥ ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA๑C ≥ ๗ FBS ≥ ๑๔๐) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี และมีโรคร่วมเบาหวานและมีต่ำระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ≥ ๑๔๐ และหรือ HbA๑ C≥๗

๒.๔.๕ โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง หมายถึง

๒.๔.๕.๑ ผู้ป่วยเบาหวาน (HbA๑C≥๗)

๒.๔.๕.๒ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง (ระยะที่ ๔-๕ eGFR ต่ำกว่า ๓๐ ลงมา) +อื่นๆ (ได้รับยากดภูมิ)

๒.๔.๖ ประชากรข้ามชาติ (Migrant) หมายถึง ประชากรข้ามชาติที่อาศรัยในราชอาณาจักรไทยในพื้นที่อำเภอนั้น

๒.๔.๗ ผู้ต้องขัง (Prisoner) หมายถึง ผู้ต้องกัก/ผู้ต้องขัง ในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของเขตรับผิดชอบอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

๒.๔.๘ พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ หมายถึง

๒.๔.๘.๑ กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีโรคร่วมที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอใน ปี ๒๕๖๖ ที่ผ่านมาจากการทบทวน Dead case Conference หรือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอง (Case Walk In)

๒.๔.๘.๒ กลุ่มที่ผู้ใช้สารเสพติดกลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรัง

๒.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๒.๖ คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ที่มีผลการประเมินมาตรฐานตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (จากมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ๒๐ ตัวชี้วัด)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๖๕. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๕	๘๘	๘๘
๖๕.๑ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	ร้อยละ	๘	๕	๕
๖๖. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๘๕	๘๘	๙๐
๖๖.๑ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๘ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖๖.๒ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	คะแนน	๙๐	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๘

๒. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕

๓. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๙๐

๔. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ๘ กลุ่มที่ต้องเอ็กซ์เรย์ทรวงอก

๕. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรม NTIP: tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

Pain point	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. การค้นหาผู้ป่วย - การจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน ไม่ครอบคลุม	-รพ.จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด	- รพ.มีทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดและมีผลงานการคัดกรองมากกว่าร้อยละ ๕๐	-รพ.มีทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิดและมีผลงานการคัดกรองมากกว่าร้อยละ ๘๐	-ติดตาม/ประเมินผลการ ดำเนินงาน -มีทะเบียนคัดกรองกลุ่มเสี่ยงครอบคลุม ๑๐๐ % - กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองต่อเนื่อง ทุก ๖ เดือน ต่อเนื่อง ๒ ปี
- การค้นหาเชิงรุกไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง	- กำหนดกลุ่มเสี่ยง ๖ กลุ่มระดับจังหวัด - กลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ ๗๐ ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ HHC/ Closed Contact กลุ่มที่ ๒ HIV กลุ่มที่ ๓ ผู้ใช้สารเสพติดติดสุราเรื้อรัง	- เกิดกระบวนการติดตามกลุ่มเสี่ยงโดย อสม./รพ.สต. - มีการบูรณาการระหว่างคลินิกวัณโรค และโรคไม่ติดต่อ - ๖ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ ๗๐	- ๖ กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ ๘๐	- ๕ กลุ่มเสี่ยงได้รับการ คัดกรองครอบคลุมร้อยละ ๘๐ - กลุ่ม close contact ได้รับการคัดกรองครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐
๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยยังสูง	- คืนข้อมูลการวิเคราะห์ dead case conference ให้กับพื้นที่ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - กำกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยตาม Protocol	- ทำ dead case conference ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ครั้งที่ ๑ ผ่านระบบ Zoom Conference - คืนข้อมูลการวิเคราะห์ dead	- ทำ dead case conference ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ครั้งที่ ๒ ผ่านระบบ Zoom Conference - คืนข้อมูลการวิเคราะห์ dead	- สรุปผลการดำเนินงาน Evaluation : ๒.อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕

Pain point	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	กลุ่มสีแดง กลุ่มสีเหลือง กลุ่มสีเขียว - มีการระบบ Consult โดยแพทย์เชี่ยวชาญ Chest Med ทาง Group Line	case conference ให้กับอำเภอที่พบการเสียชีวิตสูง - สรุปแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตในอำเภอที่พบเสียชีวิตสูง	case conference ให้กับอำเภอที่พบการเสียชีวิตสูง ในไตรมาสที่ ๓ - สรุปแนวทางการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตในอำเภอที่พบเสียชีวิตสูง	
๓. การตรวจหา LTBI ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง - การตรวจโดยวิธี IGRA ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง (HCW/HHC/ Close contact)	- อำเภอจัดทำกลุ่มเสี่ยง HCW/HHC/ Close contact) โดยมีทะเบียนกำกับ - รพ. ส่งต่อข้อมูลข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อตรวจสอบและติดตามกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่การคัดกรองตรวจสอบ - นำกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรอง	- ผลการดำเนินการคัดกรอง (HCW/ HHC/Close contact) มากกว่าร้อยละ ๖๐ โดยวิธี IGRA	- ผลการดำเนินการคัดกรอง (HCW/HHC /Close contact) มากกว่า ร้อยละ ๗๐ โดยวิธี IGRA	- ผลการดำเนินการคัดกรอง (HCW/HHC/Close contact) มากกว่าร้อยละ ๘๐ โดยวิธี IGRA
๔. ระบบเครือข่ายวิจัยและนวัตกรรมทุกอำเภอมีนวัตกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง	๑.ทุกอำเภอมีนวัตกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง พร้อมAction Plan ในการดำเนินงานไตรมาสที่ ๑	๑.ทุกอำเภอมีนวัตกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง พร้อม Action Plan ในการดำเนินงานไตรมาสที่ ๒	๑.ทุกอำเภอมีนวัตกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง พร้อม Action Plan ในการดำเนินงานไตรมาสที่ ๓	๑.ทุกอำเภอมีนวัตกรรมการจัดการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง ๒.สรุปผลการดำเนินงานที่สามารถนำงานวิจัย และนวัตกรรมมาใช้ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๗.๑ มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย

๑. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB

๒. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาล ให้ได้มาตรฐาน

๓. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๔. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค

๗.๒ มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา

๑. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)/ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager) ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมน ใช้กลไก พชพ. และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแล และติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงานภายส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

๓. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

๗.๓ มาตรการที่ ๓ พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตาม ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

๑. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค

๒. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

๓. ใช้กลไกของ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตาม การรักษาวัณโรค และกลไกของ NOC-TB ในการขับเคลื่อนการทำงาน

๔. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาล ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค

๘. แนวทางการดำเนินงานปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. มาตรการที่ ๑ กำหนดแนวทางการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นให้ประชาชนทุกคนตระหนักเรื่องวัณโรค ดังนี้

๑) จัดทำประชาคมในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันวัณโรค สื่อสารลดความเสี่ยงและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน

๒) รณรงค์วันวัณโรคโลก (Word TB Day) ในวันที่ ๒๔ เดือนมีนาคม ทุกปี

๒. มาตรการที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค

๑) รพ.จัดทำทะเบียน ผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด

๒) รพ.มีทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน/ผู้สัมผัสใกล้ชิด และมีผลงานการคัดกรองมากกว่าร้อยละ ๕๐ ไตรมาสที่ ๒, ไตรมาสที่ ๓ ร้อยละ ๘๐ และไตรมาสที่ ๔ ร้อยละ ๑๐๐

๓. มาตรการที่ ๓ ลดการเสียชีวิต เป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตลดลง ๓% จากผลงานเดิมปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๑๓ เป้าหมายอัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ ๕

๑) จัดทำ Protocol การดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็น ๓ กลุ่ม

๑.๑) กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง ได้แก่

๑.๑.๑) ผู้ป่วยวัณโรคน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ Kg.

๑.๑.๒) ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปไม่มีผู้ดูแล

๑.๑.๓) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมมากกว่า ๒โรค เช่น DM with CKD Stage ๓-๕/ DM with COPD / DM with HT ฯ

๑.๑.๔) กลุ่มผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง

๑.๑.๕) กลุ่มผู้ป่วย B ๒๔ ค่า CD๔ < ๒๐๐ ต่อ เลือด ๑ ลบ.มม.

๑.๑.๖) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค

๑.๑.๗) ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค

๑.๑.๘) Albumin < ๒.๕ gm/dL (ค่าปกติ ๓.๕ – ๕ gm/dL)

๑.๑.๙) ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาวัณโรค อยู่ในระยะ Challenge Drug TB/ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติมากกว่า ๕ เท่า

๑.๑.๑๐) ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB)

๑.๑.๑๑) ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติขาดยามากกว่า ๑๔ วัน และกลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse)

๑.๒) กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง ได้แก่

๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่คนเดียวไม่มีญาติดูแล

๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปมีผู้ดูแล

๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม ๑ โรค

๔. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติ ๓-๕ เท่า

๑.๓) กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว ได้แก่

๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคประจำตัว

๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีญาติดูแล

๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่ดูแลตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรักษา

๒. มาตรการดำเนินการลดการเสียชีวิต ในกลุ่มสีแดง

๒.๑ กรณี แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๑) ตรวจรักษาตาม แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย NTP ค.ศ. ๒๐๒๐

๒) มีกิจกรรม Discharge Plan หลังแพทย์ให้กลับบ้าน

๓) คืนข้อมูล ให้กับ รพ.สต และจัดทำ Care Plan ในการติดตามการดูแล

๒.๒ กรณี แพทย์ให้กลับไปรักษาต่อที่บ้าน ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

๑) กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยทุกวัน ภายใน ๗ วัน และคืนข้อมูลทาง Line Group ผลการติดตาม

ผู้ป่วยวัณโรคภายใน ๒ เดือน (ระยะเข้มข้น) หมายเหตุ : พี่เลี้ยง (DOT) คือ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หรือ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตรวจเยี่ยม ตามมาตรฐานการดูแล กำกับการรับประทานยาวัณโรค

๒) กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๗ วัน และกำกับติดตาม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรก คืนข้อมูลทุก ๗ วัน เดือนที่ ๓, ๔, ๕, ๖ คืนข้อมูลทุก ๑ เดือนจนครบการรักษา คืนข้อมูลการทำ DOT ผ่าน Line Group

๓) กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน และกำกับติดตามอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมี บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับติดตาม คืนข้อมูลการทำ DOT ผ่านกลุ่ม Line ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรกคืนข้อมูล ทุก ๑๔ วัน เดือนที่ ๓,๔,๕,๖ คืนข้อมูลทุก ๑ เดือน จนครบการรักษา

๔) Situation Analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาด และความรุนแรงของปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายของช่องว่างและปัญหาอุปสรรค ใน Case ขาดยา ล้มเหลว ในการรักษาโอนออก เสียชีวิตระหว่างการรักษา และไม่นำมาประเมินผล ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๔ และผลการรักษาในCohort ๑-๓ /๒๕๖๔

๕) ให้ทุกอำเภอ ทำรายงาน One Page TB ส่งทุกวันที่ ๑๕ ของเดือน เพื่อติดตามงาน TB

๖) จัดประชุมวิชาการ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตร่วมกันทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๕

๗) ส่งเสริมการทำงานวิจัย R๒R และ KM อำเภอที่มีผลงานดีเด่นในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค

๘) นิเทศติดตาม ประเมินผล

๙) สรุปผลการดำเนินงานจัดทำแผนปีต่อไป

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐ โดยการ CXR และลงผลในระบบ NTIP: tbcmthailand.ddc.moph.go.th

๒. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย

๓. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB

๔. เพิ่มพูนศักยภาพแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยส่งแพทย์ เข้าร่วมประชุมและเพิ่มประสิทธิผลในระบบการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดย Consult แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม ทาง Group Line

๕. ดำเนินการตาม มาตรการ ทั้ง ๓ มาตรการ

๖. รายงานผลการดำเนินงาน ในรูปแบบ One Page TB นำเสนอผู้บริหารระดับจังหวัด ทุกวันที่ ๑๕ ของเดือน และใช้กลไกของ NOC-TB ระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการทำงาน

๗. เข้าร่วมนำเสนอ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตร่วมกันทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๕

๘. จัดทำผลงานวิจัย นวัตกรรม ด้านการค้นหา รักษา ติดตาม เข้าร่วมนำเสนอในปี พ.ศ. ๒๕๖๕

๙. สรุปผลการดำเนินตามมาตรการที่ได้ดำเนินการ ตามปัญหา และบริบทของพื้นที่

๑๐. เข้าร่วมการประเมิน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง ๑๐ มาตรฐาน ๒๐ ตัวชี้วัด

๑๑. มีแผนงาน โครงการ ตอบสนอง PA TB

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. เนินการประสานงานกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๘ กลุ่ม

๑) HHC

๒) HCW

๓) HIV

๔) Elderly > ๖๕ ปี with DM, COPD

๕) โรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน (HbA๑C≥๗) และผู้ป่วยไตเรื้อรัง (ระยะที่ ๔-๕ eGFR ต่ำกว่า ๓๐ ลงมา) +อื่นๆ (ได้รับยากดภูมิ)

๖) Migrant

๗) prisoner (ผู้ต้องขังในพื้นที่อำเภอเมือง)

๘) พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ หมายถึง (๑) กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีโรคร่วม ที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอใน ปี ๒๕๖๖ ที่ผ่านมาจาการทบทวน Dead case Conference หรือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอง (Case Walk In) (๒) กลุ่มที่ผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังให้ได้รับ การ CXR และลงผลในระบบ TBCM On Line

๒. มีระบบการส่งต่อ กรณีพบกลุ่มเสี่ยง มีผล CXR ที่ผิดปกติ เข้าถึงกระบวนการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และกรณีได้รับการรักษามีกระบวนการ Care plan การดูแลต่อเนื่อง DOT

๓. ทำหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยง (DOT) ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR-TB จัดให้มีพี่เลี้ยงที่เป็น อสม. อสค.ที่ผ่านการอบรม ในการดูแลการกินยาทุกวันในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (DOT) ในระยะเข้มข้น และติดตามครบทุก ๖ เดือน และลงผลการทำ DOT ในระบบ TBCM On Line ทุกวันเป็นปัจจุบัน

๔. จัดให้มีมุม DOT ใน รพ.สต.

๕. รับข้อมูลส่งต่อจาก รพ.ชุมชน รพ.จังหวัด ใน case TB ที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ และเฝ้าระวังดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๖. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำดูแลการกินยา/นัดหมายและส่งต่อเมื่อประสบปัญหา

๗. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. และชุมชน โดยทำงบสนับสนุนขออุปกรณ์ เช่น Mask N๙๕ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ผ่านสุขลักษณะ

๘. มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ให้กับผู้นำท้องถิ่น อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการวางแผนปัญหา ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ร่วมกัน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕
๒. นางสาวสายพิน ทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๙๒๐๑๔ E-mail : saipinthong@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster
โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๗ ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๒. คำนิยาม

โรคระบาด หมายถึง โรคติดต่อหรือโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคแน่ชัดซึ่งอาจแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวาง หรือมีภาวะของการเกิดโรคมากผิดปกติกว่าที่เคยเป็นมา

โรคติดต่ออุบัติใหม่ ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New infectious disease) โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New geographical areas) โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re-emerging infectious disease) เชื้อก่อโรคที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial resistant organism) และเหตุการณ์จงใจกระทำของมนุษย์ด้วยสารชีวะ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๖๗. ระดับความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำอยู่ในระดับดีมาก	-	-	-
๖๗.๑ สอบสวนโรคและปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ (เหตุการณ์)	-	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. อัตราการป่วย การตาย อันเนื่องมาจากการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำลดลง
๒. อำเภอมีระบบการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
๓. เหตุการณ์การระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ มีการออกสอบสวน ควบคุมโรคในพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูล

งานระบาดวิทยา/รายงาน ๕๐๖

๖. รายการข้อมูล

รายวัน รายสัปดาห์ รายเดือน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ส่งเสริมสนับสนุนการควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

๒. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน รักษา และควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

๓. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. กำหนดเกณฑ์สำหรับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (DCIR) ที่ต้องแจ้งผู้บริหารทันที ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

๒. กำหนดเงื่อนไขการออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (Joint Investigation Team : JIT) ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

๓. จังหวัด/อำเภอ มีระบบการเตรียมความพร้อม โดยการฝึกซ้อมเตรียมความพร้อมสำหรับภัยพิบัติฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ) มีการรับรู้และนำระบบเตรียมความพร้อมไปปรับใช้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ

๔. จังหวัด/อำเภอ มีการเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ และมีการรายงานเฝ้าระวังสถานการณ์อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง

๕. จังหวัด/อำเภอมีการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

๖. จังหวัด/อำเภอออปฏิบัติการสอบสวน ควบคุมการระบาดของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ ภายในระยะเวลาตามเกณฑ์ และรายงานการสอบสวนเบื้องต้น (Spot Report) ภายใน ๓๐ นาที รายงานฉบับเสนอผู้บริหาร (Preliminary Report) ภายใน ๗๒ ชั่วโมง หรือตามเกณฑ์ของโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำนั้น ๆ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

๒. นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๔๑๙๙๗๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๘ ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็นรวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนดโดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพรตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยารวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา

จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบายระบบและโครงสร้าง กระบวนการ และการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยาสมเหตุผล”

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชนและตัวแทนภาคประชาชน เช่น กรรมการ พชอ./พชข. เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ/เขตโดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชนมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่ามีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

การพัฒนา ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) ละการพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in private sectors) รวมถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)

- RDU hospital หมายถึง การประเมินระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพท./รพช.) มีตัวชี้วัด ที่ต้องผ่านเกณฑ์ ๑๘ ตัวชี้วัด
- RDU PCU หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์คือ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ทั้งสองโรค

- RDU in private sector หมายถึง การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในร้านค้า ร้านชำ ที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร้านยา คลินิกเวชกรรม คลินิกพยาบาล โดยมีกิจกรรมในรูปแบบเชิงรุกและเชิงรับ การส่งเสริมความรอบรู้ให้แก่ประชาชน

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง การออกแบบบริการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชนครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชนโดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น เมื่อเจ็บป่วย

ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

- การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)

- การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active community-based surveillance)

- การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community participation) ขับเคลื่อนโดยชุมชนหรือ พชอ. เป็นหลัก ผลักดันเป็นวาระสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก

- การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)

โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๔ กำหนดพื้นที่เป้าหมายดำเนินกิจกรรม

- กำหนดการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ภาพรวมทั้งอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๖๘. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital	๕	๕	๕
๖๘.๑ ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน (RDU community)	๕	๕	๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยบริการมีการใช้ยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างต่อเนื่อง

๒. เพื่อให้ทุกอำเภอมีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชน

๓. เพื่อให้ชุมชนสามารถป้องกัน เฝ้าระวัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านยาอย่างเป็นระบบ

๔. เพื่อให้อำเภอสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างผู้เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนและสามารถนำมาใช้ในการจัดการปัญหายาในชุมชนได้อย่างยั่งยืน เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๕. เพื่อพัฒนางานวิชาการจากการปฏิบัติงานประจำทั้งเชิงรุกและเชิงรับในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในหน่วยบริการและในชุมชน

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายชุมชน โรงเรียน ระบบรายงานเฉพาะกิจ, HDC, โปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านยา, โปรแกรมประเมินร้านชำ RDU, โปรแกรมรายงานผลิตภัณฑ์เสี่ยงปลอมปนสเตียรอยด์

๖. รายการข้อมูล

ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital :

ข้อ	รายการข้อมูล
๑	มีระบบกำกับติดตามโดยทีมนำ RDU district มีระบบการตรวจสอบข้อมูลและรายงานผลตัวชี้วัดผ่าน HDC เป็นปัจจุบัน (๑ คะแนน)
๒	โรงพยาบาลมีการวางระบบให้ประชาชนมีความปลอดภัยด้านยาและลดความเจ็บป่วยจากการใช้ยาที่สามารถป้องกันได้ Drug safety and preventable ADE (๐.๕ คะแนน) โรงพยาบาลมีการติดตามและจัดการปัญหาอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา (๐.๕ คะแนน)
๓	โรงพยาบาลผ่านตัวชี้วัด RDU ๑๐-๑๑ ตัวชี้วัด (๐.๕ คะแนน) โรงพยาบาลมีระบบป้องกันอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (๐.๕ คะแนน)
๔	โรงพยาบาลผ่านตัวชี้วัด ๑๒ ตัวชี้วัด (๐.๕ คะแนน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านตัวชี้วัด URI และ AD ทั้งสองตัวชี้วัดร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการทั้งหมดในอำเภอ (๐.๕ คะแนน)
๕	มีการนำเสนอผลงานวิชาการในรูปแบบ CQI (๐.๕ คะแนน) R๒R ทุกรูปแบบ (๑ คะแนน) งานวิจัย (๑ คะแนน)

ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน (RDU community) :

ข้อ	รายการข้อมูล
๑	มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance - รพ.และ รพ.สต.มีแผนผังการดำเนินงานและรายงานผลการดำเนินงาน Proactive Hospital based surveillance เชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาล, รพ.สต.จนถึงระดับชุมชน เป็นลายลักษณ์อักษร
๒	มีการดำเนินการ Active community based surveillance - มีรายงานผลการสำรวจปัญหาการใช้ยาเชิงรุกในชุมชน - มีการรายงานผลการตรวจสเตียรอยด์ปลอมปนในยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร
๓	มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community participation) - มีคำสั่ง พชอ./ประกาศนโยบาย/แผนงานโครงการ/งบประมาณเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการใช้ยาสมเหตุผล การจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ - มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรม บวร.ร. เพื่อจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์ - มีการดำเนินโครงการ โรงเรียน อย.น้อย
๔	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) - ร้อยละร้านชำ RDU สูงขึ้น เทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๖ - มีร้านยา RDU ที่ให้บริการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยบริการของรัฐ - มีการดำเนินการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
๕	การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) - มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้และรายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (ชุมชนต้นแบบ ๑ อำเภอ ๑ ตำบล หรือภาพรวมอำเภอ) - มีการรายงานการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเข้าข่ายผิดกฎหมายหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. กำหนดรูปแบบ เป้าหมาย แผนงาน การดำเนินงานตามแนวทาง RDU hospital ,RDU community ของกระทรวงสาธารณสุข

๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการค้นหาปัญหา เฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

๓. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกการจัดการตนเอง

๔. สนับสนุนสื่อ/องค์ความรู้เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานใช้ยาปลอดภัยในชุมชน

๕. จัดทำโปรแกรมประเมิน/สำรวจ/ระบบรายงานและคืนข้อมูลให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง

๖. กำกับ ติดตาม วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน รายงานต่อผู้เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนดผ่านระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข และการนิเทศ

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. กำหนดแผนงานในการขับเคลื่อนการใช้ยาปลอดภัยโดยชุมชน โรงเรียน ภาคีเครือข่ายส่วนร่วม ผ่านคณะกรรมการ พชอ. มีการบูรณการ RDU ร่วมกับการดำเนินงาน อย.น้อย บวร.ร. งานปฐมภูมิ

๒. ประสานความร่วมมือเพื่อขยายเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่ค้นหาปัญหา เฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลการกระจายยาในชุมชน

๓. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้ยาปลอดภัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม

๔. มีกิจกรรมค้นหาปัญหาการใช้ยา และการกระจายไม่เหมาะสมในครัวเรือน ร้านชำ และปศุสัตว์

๕. มีการเฝ้าระวังและรายงานการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

๖. มีการกำหนดประเด็นในการติดตาม ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม พร้อมรายงานข้อมูลทันเวลา

๗. ตรวจประเมิน ติดตามการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาในร้านยา คลินิก

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ประสานความร่วมมือในการสำรวจการใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่ปนเปื้อนสารสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน

๒. สนับสนุนให้มีชุดทดสอบและการตรวจสารสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

๓. ประสานความร่วมมือในการกำหนดแนวทางและเฝ้าระวังการขายยาไม่เหมาะสม/ผิดกฎหมาย ในร้านชำตั้งแต่กระบวนการขออนุญาตไปจนถึงการติดตามตรวจสอบหลังอนุญาต

๔. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัย ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๕. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/คืนข้อมูลให้แก่ชุมชน และหาแนวทางแก้ไข ปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม

๖. ประสานความร่วมมือให้ภาค อปท. เครือข่ายภาคประชาชน มีการเฝ้าระวังและรายงานการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อ

๗. อปท. ดำเนินการควบคุมกำกับการกระจายยาและผลิตภัณฑ์ในร้านชำและร้านจำหน่ายการเกษตร, ร้านจำหน่ายอาหารสัตว์ให้ถูกต้องตามกฎหมาย

๘. รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๙ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

๒. คำนิยาม

การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) หมายถึง การดำเนินงานเพื่อให้มีระบบจัดการการดื้อยา ต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาลโดยการใช้แบบประเมินตนเอง (Self assessment) และรายงานผลการดำเนินงาน
ของทั้ง ๕ กิจกรรมสำคัญผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง ดังนี้

๑) กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ
๒) การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
๓) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
๔) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๕) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยา ในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ในกระแสเลือด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	โรงพยาบาลทุกแห่งระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท.,รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ intermediate	โรงพยาบาลทุกแห่งระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท.,รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ intermediate	โรงพยาบาลทุกแห่งระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท.,รพ.Node ระดับ intermediate
	-รพท.มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๑ -รพช.Node มี baseline อัตราการติดเชื้อดื้อยา	-รพท. และ รพ. Node มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง จากปีที่ผ่านมา	-รพท. และ รพ. Node มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง จากปีที่ผ่านมา

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด

๒. เพื่อลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

๓. เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ทางระบบรายงานเฉพาะกิจ โปรแกรมด้านห้องปฏิบัติการ โปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : AMR	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.ที่มีการจัดการ AMR ผ่านตามเกณฑ์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ.ทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ที่ดื้อยาในกระแสเลือด
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละการลดลงของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	
รายการข้อมูล ๑	A = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน ๒๕๖๑
รายการข้อมูล ๒	B = อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B-A) x ๑๐๐/A

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ระดับจังหวัด/คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา AMR

๒. กำหนดแผนปฏิบัติการในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด ให้มีการดำเนินงานจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ

๓. ชี้แจงแนวทาง สื่อสารข้อมูล พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยเชื้อดื้อยาภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ

๔. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานผลต่อผู้บริหารทุก ๓ เดือน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. ดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล

๒. ขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ

๓. กำหนดมาตรการในการบริหารจัดการการใช้ยาของโรงพยาบาล

๔. กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน

๕. ขับเคลื่อนแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยา

๖. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และรายงานผลต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทุก ๖ เดือน

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ประสานงานเพื่อพัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน รวมถึงการติดตามผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหลังรักษาโรคจากการติดเชื้อดื้อยา

๒. สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน

๓. ประสานความร่วมมือ และสนับสนุนให้มีระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ไม่เหมาะสม

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๐ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๒. คำนิยาม

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑,๐๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด

๒. ส่งข้อมูลครบ

๓. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

๔. มีการสรุปข้อมูล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีแผนการพัฒนาศักยภาพของแพทย์ พยาบาล

๒. พัฒนา Node ให้มีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๕๖๓๐๘๘

๒. นางนิศานาถ ถิระชัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙๗๔๙๘

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๑ ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพในสถานชีวาภิบาล

๒. คำนิยาม

การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting และบันทึกรหัส ICD -๑๐ Z๗๑.๘ ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้

โรงพยาบาลตองดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้

๑. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า

๒. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ดังนี้

๒.๑ โรงพยาบาลระดับ A, S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๑ คน โรงพยาบาลระดับ M, F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน part timeอย่างน้อย ๑ คน

๒.๒ โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๒ คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน part time อย่างน้อย ๑ คน

๒.๓ โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย ๑ คน

๒.๔ โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คลองตัว

๓. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-๑๐ Z๕๑.๕) ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายกรมการแพทย์ ดังนี้

๓.๑ กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-๑๐ รหัส C๐๐-C๙๖ หรือ D๓๗-D๔๘

๓.๒ กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-๑๐ รหัส I๖๐-I๖๙ และ (Dementia) ICD-๑๐ รหัส F๐๓

๓.๓ โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD ๑๐ รหัส N๑๘.๕

๓.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-๑๐ รหัส J๔๔

๓.๕ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-๑๐ รหัส I๕๐

๓.๖ ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K๗๒ หรือ alcoholic hepatic failure (K๗๐.๔) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K๗๑.๗)

๓.๗ ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B๒๐-B๒๔ ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑

๓.๘ ผู้สูงอายุ (อายุ > ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๗ กลุ่มโรคตามข้อ ๒.๑ – ๒.๗ และภาวะพึ่งพิง ICD-๑๐ รหัส R๕๔ เข้าสู่ระยะประคับประคอง

๓.๙ ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ป) ประคับประคองระยะท้าย

๔. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

๕. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (๑AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๕๐) * เมื่อดำเนินการตามข้อ ๔ – ๕ หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

๖. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

๗. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-๑๐TM รหัส U๗๗๘-๗๗๙, แพทย์แผนจีน รหัส U๗๘-๗๙ (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพในสถานชีวาภิบาล	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

๕. แหล่งข้อมูล

Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีคุณภาพในสถานชีวาภิบาล	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ รหัส Z๗๑.๘ เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-๑๐ C๐๐-C๙๖, D๓๗-D๔๘, I๖๐-I๖๙, F๐๓, N๑๘.๕, J๔๔, I๕๐, K๗๒, K๗๐.๔, K๗๑.๗, B๒๐-B๒๔(ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑), R๕๔ และผู้ป่วยอายุ ๐-๑๔ ปี (ที่วินิจฉัย Z๕๑๕ ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ระดับจังหวัด

๒. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

๓. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๔. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

๕. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Palliative care

๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงาน Palliative care เช่น แพทย์, PCWN

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

๒. จัดให้มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/Home health care

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

๔. จัดระบบการรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในพื้นที่ได้

๕. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

๖. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Palliative care

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ให้ความรู้ประชาชนในการดูแลผู้ป่วย

๒. พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๔๕๖๕๔๑

๒. นางมะลิ เนื่องวงษา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙๗๔๙๘

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๒ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทับหม้อเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

การบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐-U๗๖และU๗๘-U๗๙ การจ่ายยาที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ การให้หัตถการ ๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘ หัตถการส่งเสริมสุขภาพ ๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙ อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z

การบริการทั้งหมด หมายถึง การวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U๗๗ หรือ U๗๗x)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๐.๕	๒๐.๕	๒๐.๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. อ้างอิงข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๒. ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (Person/Provider/ Service/Diagnosis_opd/Drug_opd/ Procedure_opd/Labor)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้รับบริการให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย

๒. ส่งเสริมบุคลากร พัฒนาทักษะด้านการนำองค์กร (Leadership) ด้านพฤติกรรมบริการและการทำงานเป็นทีม (ServiceMind & Unity)

๓. ส่งเสริมการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศเข้ามาใช้ในการเพิ่มคุณภาพระบบบริการ ระบบบริหารและการจัดการข้อมูล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด

๒. กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน/และการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด

๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๕. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

๖. สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คู่มือการดำเนินงาน ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๘. การนิเทศ ประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น

๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด

๗. การใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์เป้าหมาย

๘. การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) เป็นต้น

๙. การนิเทศงานในระดับพื้นที่ (CUP)

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น

๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด

๗. การใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์เป้าหมาย

๘. การบูรณาการงานร่วมกับงาน Primary Care/LTC เป็นต้น

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. นางสาวปภาวรินท์ จินโจ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๓ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น

๒. คำนิยาม

การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพ ผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพนภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องไดรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสูสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙

คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย

อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นไดจากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบอุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทไดรับ บาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยไดมีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโธคมาวาตา และลมอุทธังคมาวาตาพัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ไดรับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ไดแก

๑. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมนุไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การฝังเข็ม

๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ไดแก ยาแกลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน,ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ไดรับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I๖๐
- เลือดออกในสมองใหญ่: I๖๑
- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไมเกิดจากการบาดเจ็บ: I๖๒
- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๓
- โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไมระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I๖๔
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไมทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I๖๕
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไมทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด : I๖๖
- โรคหลอดเลือดสมองอื่น : I๖๗
- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไวที่อื่น : I๖๘
- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง : I๖๙

๒. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

- อัมพฤกษ์หรือลมอัมพฤกษ์: U๖๑.๐
- อัมพาตครึ่งซีก: U๖๑.๑๐
- อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U๖๑.๑๑
- อัมพาตทั้งตัว: U๖๑.๑๒
- อัมพาตเฉพาะแขน: U๖๑.๑๓
- อัมพาตเฉพาะขา: U๖๑.๑๔
- อัมพาตหนา: U๖๑.๑๕
- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๘
- อัมพาต ไมระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๙ ควบคูกับการให้หัตถการแผนไทย (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือการสั่งจ่ายยา สมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ ในพื้นที่รับผิดชอบใน สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๓. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากโรคหลอดเลือด สมอง ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U๗๘.๑๑๐
- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U๗๘.๑๑๑

- โรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U๗๘.๑๑๒
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U๗๘.๑๑๓
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เสนจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U๗๘.๑๑๔
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลวง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U๗๘.๑๑๕
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U๗๘.๑๑๖
- อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U๗๘.๑๑๗

ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

๙๙๙๑๘๐๑ Electo-acupuncture therapy
๙๙๙๑๘๑๐ Single-handed needle insertion
๙๐๒๑๘๐๑ Subcutaneous electro-needling
๙๙๙๑๘๑๑ Double-handed needle insertion
๙๐๓๑๘๐๑ Muscle electro-needling

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	-	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้แพทย์แผนไทยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน ด้านการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)

๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๕. แหล่งข้อมูล

๑. อ้างอิงข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๒. ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ไดรับบริการแพทยแผนไทยฯ (คน) ซึ่งไดรับการวินิจฉัยโรคหลอด เลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ ควบคูกับ U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ และให้ หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัว มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ ควบคูกับ U๗๘.๑๑๐ ถึง U๗๘.๑๑๗ และให้หัตถการแพทย์แผนจีน ๙๙๙๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๐ หรือ ๙๐๒๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๑ หรือ ๙๐๓๑๘๐๑ อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒. แพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด

๒. กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน/และการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด

๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๕. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

๖. สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คู่มือการดำเนินงาน ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๘. การนิเทศ ประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น

๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด

๗. การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๘. การนิเทศงานในระดับพื้นที่ (CUP)

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น

๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด

๗. การบูรณาการงานร่วมกับงานที่เกี่ยวข้อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. นายสุริยา ขันทชาติ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑
๓. นางสาวปภาวรินท์ จินโจ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๔ ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. คำนิยาม

๑. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งไมรวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

๐๓ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม

๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล

๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข

๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตาม องค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ไดจากการ สกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ไดมาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไมไดหมายรวมถึง กัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทับหม้อเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทยหรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

๑. โรคสตรี : U๕๐ ถึง U๕๒
๒. โรคเด็ก : U๕๔ ถึง U๕๕
๓. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ : U๕๖ ถึง U๖๐
๔. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหนง : U๖๑ ถึง U๗๒
๕. โรคและอาการอื่น : U๗๔ ถึง U๗๕
๖. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค : U๗๗

รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๐๘๑)

๑๑๐๐ ผู้ป่วยไดรับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑๑๐๑ การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑๑๐๒ ผู้ป่วยไดรับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑๑๐๒๐ การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑๑๐๓ ผู้ป่วยไดรับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑๑๐๔ การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑๑๐๕ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
๑๑๐๕๐ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอาบสมุนไพรที่บ้าน
๑๑๐๕๑ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
๑๑๐๕๒ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน
๑๑๐๕๓ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน
๑๑๐๕๘ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน
๑๑๐๖ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่บ้าน
๑๑๐๖๐ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่านที่บ้าน
๑๑๐๗ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
๑๑๐๗๐ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
๑๑๐๗๑ การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
๑๑๐๘ การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆที่บ้าน
๑๑๐๘๐ การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
๑๑๐๘๑ การให้บริการแชยาสมุนไพรที่บ้าน

รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๑๐๐ ถึง ๑๑๑๘๓)

๑๑๑๐๐ การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)

๑๑๐๑ การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น

๑๑๐๒ การให้บริการสมาธิบำบัด

๑๑๐๓ การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)

๑๑๐๔ การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิฟแอสซิสต (Nerve Assist)

๑๑๐๕ การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)

๑๑๑๐ การให้บริการเกอรสันบำบัด (Gerson Therapy)

๑๑๑๑ การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพรอง แปง (Low-Caeb Diet)

๑๑๑๒ การให้บริการแมคโครไบโอติกส (Macrobiotics)

๑๑๑๓ การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น

๑๑๘๐ การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)

๑๑๘๑ การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น

๑๑๘๒ การให้บริการกัวซา (Guasa)

๑๑๘๓ การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)

๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือ การบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน ประกอบด้วย

๑. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine) : U๗๘

๒. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U๗๙

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิไดรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๕	๓๕	๓๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนไดรับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิ ไดแก สถานีอนามัย (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ไดรับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)

๕. แหล่งข้อมูล

๑. อ้างอิงข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๒. ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือการสั่งจ่ายยาที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือการให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑I๐๐ ถึง ๑I๐๘๑) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑I๑๐๐ ถึง ๑I๑๘๓) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือแพทย์แผนจีนที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๗๘ ถึง U๗๙ ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพรมากกว่า ๑ รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้รับบริการให้ได้มาตรฐานและปลอดภัย

๒. ส่งเสริมบุคลากร พัฒนาทักษะด้านการนำองค์กร (Leadership) ด้านพฤติกรรมบริการและการทำงานเป็นทีม (Service Mind & Unity)

๓. ส่งเสริมการนำเทคโนโลยีและสารสนเทศเข้ามาใช้ในการเพิ่มคุณภาพระบบบริการ ระบบบริหาร และการจัดการข้อมูล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด

๒. กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน/และการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด

๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๕. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

๖. สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คู่มือการดำเนินงาน ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น

๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๘. การนิเทศ ประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น

๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด

๗. การใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์เป้าหมาย

๘. การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) เป็นต้น

๙. การนิเทศงานในระดับพื้นที่ (CUP)

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น

๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด

๗. การใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์เป้าหมาย

๘. การบูรณาการงานร่วมกับงาน Primary Care / LTC เป็นต้น

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. นางสาวปภาวรินท์ จินโจ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๕ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๒. คำนิยาม

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-10 หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2567 พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๘๓

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า และไมกลับเป็นซ้ำ

๕. แหล่งข้อมูล

สถานบริการสาธารณสุขทั้งจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F๓๒.x, F๓๓.x, F๓๔.๑, F๓๘.x และ F๓๙.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชน ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ ๑๕ ปขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยา ของโรคซึมเศร้า ป ๒๕๕๑ โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประขากรไทย ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปขึ้นไปจำนวน ๑๙,๐๐๐ ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ๒.๗% แยกเป็น Major Depressive episode ๒.๔ %, Dysthymia ๐.๓%) และฐานประชากรกลางปี ๒๕๖๗ (เฉพาะผู้ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ประชุมกรรมการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิต ๓ ครั้ง/ปี

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ระดับจังหวัด และคืนข้อมูลให้พื้นที่

๓. นิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานของอำเภอ

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. มีแผนการปฏิบัติงานระดับอำเภอสนับสนุนการดำเนินงาน

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ และคืนข้อมูลให้พื้นที่

๓. เฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยประชาสัมพันธ์การสังเกตสัญญาณเตือนแก่ อสม. และสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง

๔. มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลสารสนเทศ ระดับอำเภอ

๕. รวบรวมและรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพทุกราย ผ่านระบบรายงานการบันทึกโดยฐานข้อมูล HDC

๖. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรณรงค์ในวันสำคัญของงานสุขภาพจิต ได้แก่ สัปดาห์สุขภาพจิต (๑-๗ พฤศจิกายนของทุกปี) และวันความสุขสากล (๒๐ มีนาคมของทุกปี)

๗. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. แผนการปฏิบัติงานระดับตำบลสนับสนุนการดำเนินงาน

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพคืนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

๓. เฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยประชาสัมพันธ์การสังเกตสัญญาณเตือนแก่ อสม. และสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง

๔. รวบรวมและรายงานการเข้าถึงบริการซึมเศร้าผ่านระบบรายงานการบันทึกโดยฐานข้อมูล HDC

๕. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรณรงค์ในวันสำคัญของงานสุขภาพจิต ได้แก่ สัปดาห์สุขภาพจิต (๑-๗ พฤศจิกายน ของทุกปี) และวันความสุขสากล (๒๐ มีนาคม ของทุกปี)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๖ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

๗๖.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

๒. คำนิยาม

การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD - ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย ๗ กิจกรรม ดังต่อไปนี้ ๑) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที ๒) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) ๓) ได้รับการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด่านกั้น รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน ๔) ได้รับการช่วยเหลือขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ๕) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และด่านกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย ๖) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ๗) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้กระทำซ้ำ

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๗๖. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร
๗๖.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๒

๔. วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย

๒. ลดอัตราการพยาบาลฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลจาก รง.๕๐๖s

๒. ลดอัตราการพยาบาลฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ใช้แหล่งข้อมูลจาก รง.๕๐๖

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๖
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัยเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับชั้น บูรณาการกับระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน /ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติด และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๒. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน บูรณาการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหาโดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๓. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

๔. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชนพัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๕. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน

๖. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

กิจกรรมด่วน

สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy”

คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ

สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ/ครอบครัว/ชุมชน (พชอ.)

ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.)

สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.)

เชื่อมต่อระบบฐานข้อมูล Mental Health Check in, E-mail Alert, Care Transition, ๕๐๖s และฐาน HDC มหาสารคาม ให้สอดคล้อง ตรงกัน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจนมากขึ้น

๗. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับสถานการณ์ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติด และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัยเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้าให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับชั้น บูรณาการกับระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน/ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม”ภายใต้สถานการณ์ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติดและวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๒. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหาฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๓. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

๔. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหาฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๕. พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน

๖. พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ กิจกรรมด่วน ประกอบด้วย สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษาและส่งต่อ สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ / ครอบครัว /ชุมชน (พชอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.) สร้างชุมชน/องค์กรต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.)

๗. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่นครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับสถานการณ์ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติดและวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๘. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต (เชิงรับ) และขยาย Model เชิงรับ ด้วยแนวคิด Psycho – Social Clinic (ต้นแบบระบบบริการ คือ Model รพ.มหาสารคาม หรืออื่น ๆ ที่มีในพื้นที่ เพื่อใช้สำหรับ รพ.ระดับ S, M๑, M๒, F๑ ส่วน ระดับ F๒-๓ ปรับให้เหมาะสมตามทรัพยากร/ความพร้อม) และพัฒนาระบบจิตเวชฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติด และวิกฤตภัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๙. สร้าง/ขยายชุมชนต้นแบบ (เชิงรุก) ภายใต้แนวคิด Psycho – Social Community ที่มีในพื้นที่ โดยนำมาปรับกระบวนทัศน์นำสู่การสร้างวัคซีนใจ ครอบครัว ชุมชน เพื่อใช้สำหรับดำเนินการ รพ./สสอ./รพ.สต./ชุมชน ทุกแห่ง) รองรับสถานการณ์ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติด และวิกฤตภัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๑๐. ดำเนินงาน MCATT ระดับพื้นที่ผ่านระบบ พชอ. ภายใต้การสั่งการของ คณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ

๑๑. ขับเคลื่อนระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ผ่านระบบ Mental Health Check in/ E-mail Alert, รง. ๔๓ แฟ้ม, รง.๕๐๖s, Care Transition ฯลฯ

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. วิเคราะห์สถานการณ์/ติดตาม การปฏิบัติงานตามแผนสุขภาพจิตเชิงรุกและเชิงรับในทุกระดับและคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๒. ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัยเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับชั้น โดยบูรณาการกับระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน/ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์ และวิกฤตภัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๓. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหาฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๔. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

๕. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๖. พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน

๗. พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ กิจกรรมด่วน ประกอบด้วย สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ/ครอบครัว/ชุมชน (พชอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.) สร้างชุมชน/องค์กรต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.)

๘. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจนโดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับสถานการณ์ ร่วมกับการเฝ้าระวังป้องกันการก่อความรุนแรงทางสังคมจากอาการจิตเวชยาเสพติด และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๙. ประชาสัมพันธ์การสังเกตสัญญาณเตือน ผ่านงาน อสม. และสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง โดยเน้นหลักการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (๓ ส Plus) ได้แก่

๑) สอดส่องมองหา ผู้ที่มีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือผู้ที่มีการส่งสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม แยกตนเองออกจากสังคม

๒) ใส่ใจรับฟัง ด้วยความเข้าใจ ไม่ตำหนิหรือวิจารณ์

๓) ส่งต่อเชื่อมโยง เช่น การแนะนำสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ แอปพลิเคชั่น Sabaijai หรือแนะนำให้ไปพบบุคลากรสาธารณสุข

๔) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือน แหล่งช่วยเหลือในชุมชน

๕) ช่วยให้เข้าถึงบริการ เช่น ช่วยเหลือพาไปส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น
โดยเพิ่ม/สร้างทักษะการเผยแพร่ความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

๑๐. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรณรงค์ในวันสำคัญของงานสุขภาพจิต

๑๑. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานตาม KPI ทั้งจากระบบงานเชิงรุก/เชิงรับ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๗ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

๒. คำนิยาม

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งใน ๔.๒ - ๔.๔

๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥๖๕ mm Hg และ มีค่า serum lactate level >๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้อง ไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

๑. อัตราตายจาก community-acquired sepsis

๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

๓. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

๔. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๔.๑ ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) หรือมี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥๖๕ mm Hg และ มีค่า serum lactate level >๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

๔.๒ qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๓)

๔.๓ SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๔)

๔.๔ Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ ๕) หรือ NEWS ๒ ตั้งแต่ ๕ ข้อ ขึ้นไป

๕. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก,ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น

รายการข้อมูล : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)โดยมีสถานภาพการจ้าหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+C) / D × ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๕๖๓๐๘๘ E-mail : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางสาวสุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๓๒๙๖๖๓๖ E-mail : sukontipsepsis.med@gmail.com
๓. นางธนิยาณัฐ แก้วม่วง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๖๙๔๖๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๘ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น

๗๘.๑ Refracture Rate

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย

ภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)

ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภยันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหักและเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น

การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

๑. Femoral neck S๗๒.๐
๒. Intertrochanter S๗๒.๑
๓. Subtrochchanter S๗๒.๒

กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส

๑. Compression spine	S๒๒.๐ (T-spine)
	S๓๒.๐ (LS-spine)
	S๓๒.๗ (multiple LS with pelvis)
๒. Humerus	S๔๒.๒ (proximal)
	S๔๒.๓ (shaft)
	S๔๒.๔ (distal)

๓. Distal radius	S๕๒.๕ (without ulna)
	S๕๒.๖ (with ulna)
๔. Distal femur	S๗๒.๔
๕. Proximal tibia	S๘๒.๑
๖. Distal tibia and ankle	S๘๒.๓ (Plafond)
	S๘๒.๕ (Medial malledus)
	S๘๒.๖ (lateral malledus)
	S๘๒.๘ (lower leg, other)

ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการด้วยรหัส

๑. open reduction with internal fixation femur ๗๙.๓๕

๒. Close reduction with internal fixation femur ๗๙.๑๕

๓. Total hip arthroplasty ๘๑.๕๑

๔. Partial hip arthroplasty ๘๑.๕๒

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว ๑ ปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
Refracture Rate	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตรากระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา ๑ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางเสาวนีย์ บุญเสริม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙
๒. นางรัศมี เกตุธานี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๗๑๒๕๗๘ E-mail : ratsameekate@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๙ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๗๙.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๗๙.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๗๙.๓ ร้อยละของผู้ป่วยSTEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)

๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง

๑. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ

๒. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๗๙.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙
๗๙.๒ ร้อยละของการให้การรักษา ผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลา ที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐
๗๙.๓ ร้อยละของผู้ป่วยSTEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๒. เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) หรือเวชระเบียน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยา ละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยSTEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท.

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

๓. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และ Nurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI

๔. CPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back

๕. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง

๖. Secondary prevention

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และเชื่อมโยงสู่ชุมชน

๘. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

๙. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๕ ครั้ง/ปี ตาม Zone

๑๐. วางแผนจัดซื้อยาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา

๑๑. มีการกระจายยาDual Anti-platelet, Beta block ลงสู่โรงพยาบาลระดับ F อย่างทั่วถึง

๑๒. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการ Fast track STEMI กับ โรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย

๑๓. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท.

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

๓. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI (ในส่วน รพช. Line Consult เฉพาะอำเภอ)

๔. CPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back

๕. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง

๖. เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้

๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ

๘. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง

๙. วางแผนจัดซื้อยาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา

๑๐. จัดให้มียาDual Anti-platelet, Beta block ในโรงพยาบาลระดับ M-F อย่างทั่วถึงเพื่อรองรับการ Refer back

๑๑. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท.

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

๓. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหัวใจ รณรงค์ป้องกันโรค NCD/เฝ้าระวัง โดยใช้ Resourceจากท้องถิ่น หอกระจายข่าววิทยุชุมชน รณรงค์ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ป้องกันสาเหตุและปัจจัยเกิดโรคกับครอบครัว

๔. CPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

๕. จัดให้มียา ASA

๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ สต., ตำบล, หมู่บ้าน การคัดกรองอาการโรคหัวใจเบื้องต้น

๗. พัฒนาระบบconsult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line Consultจาก รพ.สต. ถึง รพช.

๘. มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back

๙. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางธนิยาณัฐ แก้วม่วง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๖๙๔๖๕

๒. นางพุทธกัญญา นารถศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๑๒๐๒๘๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๐ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
๘๐.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์
๘๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์
๘๐.๓ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์

๒. คำนิยาม

มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓-C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจากวันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก

-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๒.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรคไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๘๐.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	≥ ๗๕	≥ ๗๕	≥ ๗๕
๘๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์	≥ ๗๕	≥ ๗๕	≥ ๗๕
๘๐.๓ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์	≥ ๖๐	≥ ๖๕	≥ ๖๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก

๕. แหล่งข้อมูล

๑. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล

๒. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤๔ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ ๖ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ ๖ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสายโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับและมะเร็งปอด และ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision

- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

๘. จัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือในการส่งต่อ และส่งกลับของสถานพยาบาล

๙. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๑๐. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรงพัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๑๑. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๑๒. จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัด อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๓. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๔. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็ง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสายโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับและมะเร็งปอด และ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

๘. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๙. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรงพัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๑๐. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๑๑. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๒. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล

๒. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร, มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๓. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า เป็นต้น

๔. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๕. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap mear
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool

๖. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๗. จัดประชุมคณะกรรมการระดับตำบล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๘. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๒๙๑๔๑
๒. นางเสาวนีย์ บุญเสริม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙ E-mail : tookygutta@outlook.co.th

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๑ มะเร็งปากมดลูก

๘๑.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๒. คำนิยาม

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์ บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมี ผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี

การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับความรู้และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง/ปี และผ่านการประเมินผลดังกล่าวจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๖๐	๖๐	๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ในปี๒๕๖๗ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ต่อปี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
๒. โปรแกรม HPV screening (HPVcxs๒๐๒๐) ของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๗
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. คัดกรองเชิงรุกร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชนและกระตันกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๒. อบรมให้ความรู้แก่ อสม.ในการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเพื่อช่วยในการคัดกรองในพื้นที่

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

๒. สนับสนุนให้หน่วยตรวจสมารถจัดหาชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองในกลุ่มของ อสม.

๓. ศึกษาประสิทธิภาพของชุดตรวจด้วยตนเองในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขยายผลต่อในกลุ่มของประชาชนทั่วไปที่ต้องการตรวจด้วยตนเอง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘-๑๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางจารุวรรณ วรสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๖๗๕๓๕๕๔ E-mail : enjoyfamous@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๑ มะเร็งปากมดลูก

๘๑.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็ง ปากมดลูก ได้รับการส่องกล้อง colposcopy

๒. คำนิยาม

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์ บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมี ผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี

การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอด ปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วยสามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานปีงบประมาณนั้นได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูก ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	๗๐	๗๐	๗๐

๔. วัตถุประสงค์

การส่องกล้อง Colposcopy เป็นการวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอด ปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด ในกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ในปี ๒๕๖๗

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
๒. โปรแกรม HPV screening (HPVcxs๒๐๒๐) ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

-

๕. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. คัดกรองเชิงรุกร่วมกับ อสม./ผู้นำชุมชนและกระตันกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๒. อบรมให้ความรู้แก่ อสม.ในการคัดกรองให้มีความรู้ความเข้าใจเพื่อช่วยในการคัดกรองในพื้นที่

๓. จัดตั้งทีม Cancer Warrior

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ขับเคลื่อนนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง

๒. สนับสนุนให้หน่วยตรวจสมารถจัดหาชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองในกลุ่มของ อสม.

๓. ศึกษาประสิทธิภาพของชุดตรวจด้วยตนเองในจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขยายผลต่อในกลุ่มของประชาชนทั่วไปที่ต้องการตรวจด้วยตนเอง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางจารุวรรณ วรสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๖๗๕๓๕๕๔ E-mail : enjoyfamous@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๒ มะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง

๘๒.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง
๘๒.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy
๘๒.๓ จัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง

๒. คำนิยาม

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้งในรอบ ๒ ปีงบประมาณ

ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ

การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๘๒.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๕
๘๒.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	-	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

๕. แหล่งข้อมูล

จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากร อายุ ๕๐ - ๗๐ เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากร อายุ ๕๐ – ๗๐ ปี ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนระชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากร อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสายโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับและมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

๘. จัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือในการส่งต่อ และส่งกลับของสถานพยาบาล

๙. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๑๐.จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง

๑๑. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๑๒. จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัด อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๓. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๔. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็ง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสายโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

๘. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๙. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๑๐. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๑๑. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๒. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๓. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจแบบส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ ดังนี้

๑๓.๑ โรงพยาบาลมหาสารคาม รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอเมือง, อำเภอแกดำ,

อำเภอเชียงยืน, อำเภอกันทรวิชัย และอำเภอชื่นชม

๑๓.๒ โรงพยาบาลวาปีปทุม รับผิดชอบอำเภอวาปีปทุม

๑๓.๓ โรงพยาบาลบรบือ รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอบรบือ, อำเภอนาเชือก, อำเภอกุดรัง, อำเภอโกสุมพิสัย

๑๓.๔ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย, อำเภอยางสีสุราชและอำเภอนาดูน

๑๓.๕ โรงพยาบาลสุทธาเวช รับผิดชอบเขตโรงพยาบาลสุทธาเวช

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล

๒. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอด และ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๓. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้าเป็นต้น

๔. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๕. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test/FOBT
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool

๖. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๗. จัดประชุมคณะกรรมการระดับตำบล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๘. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๙. ค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test หากผลการตรวจคัดกรองผิดปกติต้องส่งผลการคัดกรองและประสานงานให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้องที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางเสาวนีย์ บุญเสริม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙

๒. นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๒๙๑๔๑

๓. นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๓ โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง โดยแพทย์ผู้รักษาโดยอาศัยผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology) หรือผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Imaging diagnosis)

โปรแกรม TCB Plus หมายถึง โปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อใช้ในการทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โดยให้ข้อมูลโรคมะเร็งทั้งประเทศ เชื่อมต่อเป็นฐานข้อมูลเดียวกันโดยการคีย์ข้อมูลครั้งเดียว ได้ทั้งทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล และทะเบียนมะเร็งระดับประชากร ซึ่งใช้ประโยชน์ในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งโดยไม่ใช้หนังสือส่งตัว และใช้ช่องทางส่งต่อผู้ป่วยผ่าน Application Cancer Anywhere

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในระบบข้อมูลการเบิกจ่ายผ่านระบบ e-claim ตามแนวทางของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรงพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายค่าชดเชยการรักษาผ่านระบบ E-claim หมายถึง โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพของหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป กรณีให้ฮอร์โมน Tamoxifen สำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติด ผ่านระบบ E-claim

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	≥ ๖๐	≥ ๖๕	≥ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยมะเร็ง
๒. เพื่อยกระดับบริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน
๓. เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ให้สะดวก รวดเร็ว และมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวในการเข้ารับบริการระหว่างหน่วยบริการ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) รหัส ICD-๑๐ : ประมวลผลรหัสวินิจฉัย รหัส C ทั้งหมด

๒. ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)

๓. ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim

๔. website ในโครงการ Cancer Anywhere (http://canceranywhere.com/nhso)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ผ่านช่องทาง Application Cancer Anywhere
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim ในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่นๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

๘. จัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือในการส่งต่อ และส่งกลับของสถานพยาบาล

๙. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๑๐. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง

๑๑. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๑๒. จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัด อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๓. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๔. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็ง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒. พัฒนาศักยภาพทีม Nurse Coordinator

๓. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)

๔. พัฒนารูปแบบการจัดบริการตามแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

๕. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๖. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรงพัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๗. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๘. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ อย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง

๙. ส่งผลงานวิชาการและผลงาน Best Practice ในเวทีประชุมวิชาการโรคมะเร็ง อย่างน้อย ๑ เรื่อง

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง

๒. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสายโรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับและมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๓. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool

๔. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๕. จัดประชุมคณะกรรมการระดับตำบล อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๖. ค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test หากผลการตรวจคัดกรองผิดปกติต้องส่งผลการคัดกรองและประสานงานให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้องที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

๗. สรุปผลงานร่วมกับผู้ประสานงานมะเร็งระดับอำเภอ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางเสาวนีย์ บุญเสริม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙

๒. นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๒๙๑๔๑

๓. นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๔ ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr

๒. คำนิยาม

CKD (Chronic Kidney Disease) หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการCKD-EPI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๑, N๑๘๒, N๑๘๓, N๑๘๔, N๑๘๙, E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒, N๐๘๓, I๑๒๐, I๑๒๙, I๑๓๐, I๑๓๑, I๑๓๒, I๑๓๙, I๑๕๑, N๐๒๑, N๐๒๒, N๐๒๓, N๐๒๔, N๐๒๕, N๐๒๖, N๐๒๗, N๐๒๘, N๐๒๙, N๐๓๑, N๐๓๒, N๐๓๓, N๐๓๔, N๐๓๕, N๐๓๖, N๐๓๗, N๐๓๘, N๐๓๙, N๐๔๑, N๐๔๒, N๐๔๓, N๐๔๔, N๐๔๕, N๐๔๖, N๐๔๗, N๐๔๘, N๐๔๙, N๐๕๑, N๐๕๒, N๐๕๓, N๐๕๔, N๐๕๕, N๐๕๖, N๐๕๗, N๐๕๘, N๐๕๙, N๐๖๑, N๐๖๒, N๐๖๓, N๐๖๔, N๐๖๕, N๐๖๖, N๐๖๗, N๐๖๘, N๐๖๙, N๐๗๑, N๐๗๒, N๐๗๓, N๐๗๔, N๐๗๕, N๐๗๖, N๐๗๗, N๐๗๘, N๐๗๙, N๐๘๑, N๐๘๒, N๐๘๓, N๐๘๔, N๐๘๕, N๐๘๖, N๐๘๗, N๐๘๘, N๐๘๙, N๑๑๐, N๑๑๑, N๑๑๘, N๑๑๙, N๑๒, N๑๓๐, N๑๓๑, N๑๓๒, N๑๓๓, N๑๓๔, N๑๓๕, N๑๓๖, N๑๓๗, N๑๓๘, N๑๓๙, N๑๔๐, N๑๔๑, N๑๔๒, N๑๔๓, N๑๔๔, N๒๐๐, N๒๐๑, N๒๐๒, N๒๐๑๙, N๒๑๐, N๒๑๑, N๒๑๘, N๒๑๙, N๒๕๑, N๒๕๘, N๒๕๙, N๒๖, N๒๗๐, N๒๗๑, N๒๗๙, N๒๘๐, N๒๘๑, N๒๘๘, N๒๘๙, N๑๔๔, Q๖๑๐, Q๖๑๑, Q๖๑๒, Q๖๑๓, Q๖๑๔, Q๖๑๕, Q๖๑๘ ที่มี ๖๐ > eGFR ≥ ๑๕ และสัญชาติไทย (File PERSON : สัญชาติไทยรหัส ๐๙๙ เท่านั้น และผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥๒ ค่าย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ จึงจะถูกนำมาประเมินผลอัตราการลดลงของ eGFR ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓$m^{๒}$/yr	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๖	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๖	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๖

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

๕. แหล่งข้อมูล

HDC Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓$m^{๒}$/yr	
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังstage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine /มีผล eGFR ≥๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ<u>และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง <๕</u>
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังstage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine /มีผล eGFR ≥๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารราค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) × ๑๐๐ คำนวณ stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine /มีผล eGFR ≥๒ ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินผลอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่าค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y=mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร $M = \frac{[n(\pounds xy) - (\pounds x)(\pounds y)] \times ๓๖๕}{n(\pounds x^{๒}) - (\pounds x)^{๒}}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR X =จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก Y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

๒. พัฒนาระบบบริการ CKD Clinic ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

๓. ส่งเสริมนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๔. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรัง

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตในชุมชน

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผล ทั้งในส่วนการจัดบริการ CKD Clinic และในชุมชนรักษ์ไต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ทั้งภาครัฐและเอกชน (รพ.สต./PCU) CKD care ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดติดต่อ (NCD) เครือข่ายภาครัฐ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๒. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ได้ตามเป้าหมาย

๓. Strengths node CKD clinic ใน รพช. และขยายบริการ CKD Corner ให้ครอบคลุมใน รพ.สต.

๔. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชนผ่าน พชอ./พชต.

๕. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ผ่านสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน ในโรงงาน และในหน่วยงานราชการ

๖. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง การป้องกันและชะลอภาวะไตเสื่อม

๗. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๘. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD บูรณาการให้บริการร่วมกับ Service Plan สาขาการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓ E-mail : nunui9867@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๕ ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD stage ๕) หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการกรองของไต ต่ำกว่า ๑๐ มล./นาที/ ๑.๗๓ ตร.ม.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า	-	-	ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณ ก่อนหน้า

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD Stage ๕) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

๕. แหล่งข้อมูล

HDC Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า	
รายการข้อมูล ๑	-
รายการข้อมูล ๒	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดใหม่ในปี ๒๕๖๗ (รอสูตรคำนวณตัวชี้วัด (กรณีวัดเชิงปริมาณ) จาก Service plan สาขาไต ของกระทรวง)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

๒. พัฒนาระบบบริการ CKD Clinic ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

๓. ส่งเสริมนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน และการสร้างสภาพแลดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๔. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรัง

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในการส่งเสริม เฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตในชุมชน

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผล ทั้งในส่วนการจัดบริการ CKD Clinic และในชุมชนรักษ์ไต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ทั้งภาครัฐและเอกชน (รพ.สต./PCU) CKD care ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดติดต่อ (NCD) เครือข่ายภาครัฐ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย

๓. Strengths node CKD clinic ใน รพช. และขยายบริการ CKD Corner ให้ครอบคลุมใน รพ.สต.

๔. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชนผ่าน พชอ./พชต.

๕. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชนผ่านสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน ในโรงงาน และในหน่วยงานราชการ

๖. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง การป้องกันและชะลอภาวะไตเสื่อม

๗. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๘. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD บูรณาการให้บริการร่วมกับ Service Plan สาขา การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓ E-mail : nunui9867@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๖ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A และ S

๒. คำนิยาม

ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน ๑ ปีงบประมาณ ก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี ๒๕๖๔ ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๓ เป็นตัวหาร)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับ A,S)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๔ ของแต่ละเขตสุขภาพ	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๖ ของแต่ละเขตสุขภาพ

๔. วัตถุประสงค์

เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก

๕. แหล่งข้อมูล

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A และ S	
รายการข้อมูล ๑	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การพัฒนาสมรรถนะทีมงาน ในการขอบริจาคอวัยวะ

๒. การจัดระบบทีมผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาสารคาม

๓. การดูแลอวัยวะพร้อมการผ่าตัดโดยย้ายผู้บริจาคเข้าหอผู้ป่วยหนัก

๔. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะในสถานราชการ สถานศึกษา งานกาชาด มมส ม.ราชภัฏ วศม. เทคนิค อาชีวะ

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. การสร้างเครือข่ายงานบริจาคอวัยวะสู่โรงพยาบาลชุมชนโดยการดำเนินการเชิงรุกสู่โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ โกสุม บรบือ และพยัคฆภูมิพิสัย

๒. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวสุวิมล พานพิมพ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๕๙๓๒๘๘๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๗ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate)

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรง ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V๒ จำแนกเป็น

- ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน ๒-๓
- ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน ๔-๒๖
- ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน ๒๗ ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด และรายงานผลการบำบัดในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	๗๕	๗๕	๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานผลการบำบัดในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ๔ ครั้งเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ จากหน่วยบริการ ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาศักยภาพศูนย์คัดกรองระดับตำบล ทุกอำเภอ

๒. พัฒนารูปแบบการติดตามผู้ผ่านการบำบัดโดยคณะกรรมการ พชอ./อสม. ยาเสพติด ให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ

๓. ควบคุมกำกับ นิเทศ ติดตาม ผ่านการประเมินในสังกัด และศูนย์ยาเสพติดจังหวัด ให้การดำเนินงานบรรลุผล ตามตัวชี้วัด

๔. ส่งเสริม สนับสนุน งานวิชาการยาเสพติด

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย การบำบัดปี ๒๕๖๖

๒. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการ ที่มีประสิทธิภาพ

๓. ร่วมประชุมคณะกรรมการ ศอ.ปส.จ.มค. เพื่อติดตามความก้าวหน้า ๑ ครั้ง/เดือน

๔. จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อเป็นแผนแม่แบบแก่ระดับอำเภอ

๕. ประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๑ ครั้ง/๓ เดือน

๖. สนับสนุนให้ส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่งานยาเสพติดร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด

๗. จัดอบรมหลักสูตรมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล (CBTx BA/BI และ Matrix program)

๘. ถอดบทเรียนด้านบำบัดยาเสพติด และ SMIV

๙. พัฒนาสถานบำบัดยาเสพติดให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ยาเสพติด อย่างต่อเนื่องทุกแห่ง

๑๐. นิเทศติดตามประเมินผล ๖ เดือน/ครั้ง

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายการบำบัดรายอำเภอปี ๒๕๖๖

๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบและเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบำบัดในชุมชน และสถานศึกษา มากขึ้น

๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๑ ครั้ง/ เดือน

๔. ให้การบำบัดตามกระบวนการและบันทึกรายงาน บสต. ใหม่อย่างมีประสิทธิภาพครบ ๑๐๐%

๕. ส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด

๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล ๒ ครั้ง/ปี

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด

๒. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดและจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น

๓. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ยาเสพติด ติดตามช่วยเหลือในระดับ รพสต. ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ.

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นายอภิศักดิ์ ลากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๖ : โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๘ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

๒. คำนิยาม

การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care ; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index >๑๕ with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward

Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมงอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

หมายเหตุ

๑. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา

๒. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ I๖๐-I๖๔
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๐๖๑ – S๐๖๙
SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๑๔.๐ – S๑๔.๑ S๒๔.๐ – S๒๔.๑ S๓๔.๐ – S๓๔.๑ S๓๔.๓
	Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	
M๑	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	
M๒	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป
F๑	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด ๖๐-๑๒๐ เตียง
F๒	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด ๓๐-๙๐ เตียง
F๓	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด ๑๐ เตียง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ไปจนครบระยะเวลา ๖ เดือน

๒. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

๓. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย

๔. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน

๕. ลดความแออัด รพศ. รพท. เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑, M๒, F๑, F๒ และ F๓ ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

หมายเหตุ

๑. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้าน หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

๒. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯนับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ กันยายน ๒๕๖๕ – ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล

๔. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ระดับจังหวัด

๒. กำหนดนโยบายให้ รพ. (F๒ ขึ้นไป) ทุกแห่ง มี IMC Bed อย่างน้อย ๒ เตียง

๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการระยะกลาง (Intermediate Care) ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

๔. พัฒนาระบบรายงานและการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย จนถึงชุมชน

๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๖. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury

๗. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

๘. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย

๙. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน

๑๐. ลดความแออัด รพศ. รพท. เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. พัฒนาระบบบริการ

๑.๑ การกำหนดข้อบ่งชี้การRefer กลับจากแม่ข่ายสู่ รพช. และ รพ.สต.

๑.๒ มีเครือข่ายจัดการและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมกับสหวิชาชีพ

๑.๓ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกัน

๒. กำลังคน

๒.๑ เพิ่มอัตรากำลังที่สำคัญ เช่น นักกายภาพบำบัด

๒.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะการบริการ

๓. พัฒนาภาพรวมให้มีความพร้อมด้านบริการ

๓.๑ สนับสนุนให้มีวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง

๓.๒ มีการกระจายยาจาก รพ.แม่ข่ายลงสู่ รพ.ระดับ F/M

๔. สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยี

๔.๑ พัฒนาสื่อองค์ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล

๔.๒ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงการรักษาและการฟื้นฟู

๕. ระบบข้อมูลสารสนเทศ

๕.๑ ทบทวนการสื่อสารทาง Line/COC R ๙/Google drive

๖. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

๖.๑ มีการนิเทศติดตามการดำเนินงาน

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ให้ความรู้การฟื้นฟู สมรรถภาพโรคหลอดเลือด สมองแก่ ผู้นำชุมชน อสม ผสส ในชุมชนที่รับผิดชอบ

๒. เสริมพลังให้ ผู้ดูแล ในเรื่องการดูแล ผู้ป่วยเมื่อกลับไป พักฟื้นที่บ้าน ตาม นโยบายแพทย์ประจำครอบครัว

๓. จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องโดยเชื่อมโยงกับ อปท./อบต.

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการดูแล
๕. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕ E-mail : Tipa_mung๐๐๑@hotmail.com
๒. นางสุทธิรัตน์ บุษดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๔๙๒๑๑

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery : ODS

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๙ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

๒. คำนิยาม

การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทำหัตถการ หรือผ่าตัดที่ได้มีการเตรียมการไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว และสามารถให้กลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่รับไว้ทำหัตถการ หรือผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ ๒ ชั่วโมง ถึงเวลาจำหน่ายออกไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery: ODS) (ICD-๙-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๑	โรคไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal hernia)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐: -** **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๓.๐๐ Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified ๕๓.๐๑ Other and open repair of direct inguinal hernia ๕๓.๐๒ Other and open repair of indirect inguinal hernia ๕๓.๐๓ Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ๕๓.๐๔ Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis ๕๓.๐๕ Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified ๕๓.๑๐ Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified ๕๓.๑๑ Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia ๕๓.๑๒ Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia ๕๓.๑๓ Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect ๕๓.๑๔ Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis ๕๓.๑๕ Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		๕๓.๑๖ Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect, with graft or prosthesis ๕๓.๑๗ Bilateral inguinal hernia repair with graft or prosthesis, not otherwise specified ๕๓.๒๑ Unilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis ๕๓.๒๙ Other unilateral femoral herniorrhaphy ๕๓.๓๑ Bilateral repair of femoral hernia with graft or prosthesis ๕๓.๓๙ Other bilateral femoral herniorrhaphy
๒	โรคถุงน้ำอัณฑะ (Hydrocele)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐: -** **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๑.๒ Excision of hydrocele (of tunica vaginalis)
๓	โรคริดสีดวงทวาร (Hemorrhoid)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐: -** **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๙.๔๔ Destruction of hemorrhoids by cryotherapy ๔๙.๔๕ Ligation of hemorrhoids ๔๙.๔๖ Excision of hemorrhoids ๔๙.๔๙ Other procedures on hemorrhoids
๔	ภาวะเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด (Vaginal bleeding)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐: -** **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๘.๑๖ Closed biopsy of uterus ๖๘.๒๑ Division of endometrial synechiae ๖๘.๒๒ Incision or excision of congenital septum of uterus ๖๘.๒๓ Endometrial ablation ๖๘.๒๙ Other excision or destruction of lesion of uterus
๕	หลอดเลือดดำของหลอดอาหาร กระเพาะอาหารขอด (Esophageal varices, Gastric varices)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** I๘๕.๐ Oesophageal varices with bleeding I๘๕.๙ Oesophageal varices without bleeding I๘๖.๔ Gastric varices I๙๘.๒* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I๙๘.๓* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๒.๓๓ Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		๔๓.๔๑ Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of stomach ๔๔.๔๓ Endoscopic control of gastric or duodenal bleeding
๖	ภาวะหลอดอาหารตีบ (Esophageal stricture)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐: -** **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๒.๙๒ Dilation of esophagus ๔๔.๒๒ Endoscopic dilation of pylorus
๗	โรคมะเร็งหลอดอาหารระยะลุกลามที่อุดตัน (Obstructive esophageal cancer/tumor)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๑๕ Malignant neoplasm of oesophagus C๑๖ Malignant neoplasm of stomach **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๒.๓๓ Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus ๔๒.๘๑ Insertion of permanent tube into esophagus
๘	ติ่งเนื้องอกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** D๑๒.๖ Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K๖๒.๐ Anal polyp K๖๒.๑ Rectal polyp K๖๓.๕ Polyp of colon **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๕.๔๒ Endoscopic polypectomy of large intestine ๔๕.๔๓ Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
๙	นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** K๘๐.๐ Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K๘๐.๑ Calculus of gallbladder with other cholecystitis K๘๐.๒ Calculus of gallbladder without cholecystitis K๘๐.๓ Calculus of bile duct with cholangitis K๘๐.๔ Calculus of bile duct with cholecystitis K๘๐.๕ Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๑.๘๕ Endoscopic sphincterotomy and papillotomy ๕๑.๘๖ Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube ๕๑.๘๗ Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct ๕๑.๘๘ Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๑๐	นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** K๘๖.๘ Other specified diseases of pancreas : Calculus **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๑.๘๕ Endoscopic sphincterotomy and papillotomy ๕๒.๙๓ Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct ๕๒.๙๔ Endoscopic removal of stone(s) from pancreatic duct
๑๑	ภาวะท่อน้ำดีตีบ (Bile duct stricture)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๒๒.๑ Intrahepatic bile duct carcinoma :Cholangiocarcinoma C๒๓ Malignant neoplasm of gallbladder C๒๔ Malignant neoplasm of other and unspecified parts of biliary tract C๒๕ Malignant neoplasm of pancreas K๘๒.๐ Obstruction of gallbladder: Stricture of cystic duct or gallbladder without calculus K๘๒.๘ Other specified diseases of gallbladder: Adhesions of cystic duct or gallbladder without calculus K๘๓.๑ Obstruction of bile duct: Stricture of without bile duct calculus K๘๓.๘ Other specified diseases of biliary tract: Adhesions of bile duct K๙๑.๘ Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๑.๘๕ Endoscopic sphincterotomy and papillotomy ๕๑.๘๖ Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube ๕๑.๘๗ Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
๑๒	ภาวะท่อตับอ่อนตีบ (Pancreatic duct stricture)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๒๕ Malignant neoplasm of pancreas K๘๖.๐ Alcohol-induced chronic pancreatitis K๘๖.๑ Other chronic pancreatitis K๙๑.๘ Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:**

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		๕๒.๙๓ Endoscopic insertion of stent (tube) into pancreatic duct ๕๒.๙๗ Endoscopic insertion of nasopancreatic drainage tube ๕๒.๙๘ Endoscopic dilation of pancreatic duct
๑๓	สิ่งแปลกปลอมในทางเดินอาหารส่วนต้น (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** T๑๘.๑ Foreign body in esophagus T๑๘.๒ Foreign body in stomach **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๙๘.๐๒ Removal of intraluminal foreign body from esophagus without incision ๙๘.๐๓ Removal of intraluminal foreign body from stomach and small intestine without incision
๑๔	การผ่าตัดต้อเนื้อ (Pterygium Excision)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** H๑๑.๐ Pterygium **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๑๑.๓๑ Transposition of pterygium ๑๑.๓๒ Excision of pterygium with corneal graft ๑๑.๓๙ Other excision of pterygium + ๑๐.๔๔ Other free graft to conjunctiva
๑๕	การทำหมันแห้งในผู้หญิง (Female sterilization)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** Z๓๐.๒ Sterilization **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๖.๒๙ Other bilateral endoscopic destructionor occlusion of fallopian tubes ๖๖.๓๑ Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes ๖๖.๓๒ Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation ๖๖.๓๙ Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
๑๖	การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** S๔๒.๑ Fracture of scapula S๔๒.๒ Fracture of upper end of humerus S๔๒.๓ Fracture of shaft of humerus S๔๒.๔ Fracture of lower end of humerus S๔๒.๗ Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S๔๒.๘ Fracture of other parts of shoulder and upper arm

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		S๔๒.๙ Fracture of shoulder girdle, part unspecified S๕๒.๐ Fracture of upper end of ulna S๕๒.๑ Fracture of upper end of radius S๕๒.๒ Fracture of shaft of ulna S๕๒.๓ Fracture of shaft of radius S๕๒.๔ Fracture of shafts of both ulna and radius S๕๒.๕ Fracture of lower end of radius S๕๒.๖ Fracture of lower end of both ulna and radius S๕๒.๗ Multiple fractures of forearm S๕๒.๘ Fracture of other parts of forearm S๕๒.๙ Fracture of forearm, part unspecified S๖๒.๐ Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S๖๒.๑ Fracture of other carpal bone(s) S๖๒.๔ Multiple fractures of metacarpal bones S๖๒.๗ Multiple fractures of fingers S๘๒.๐ Fracture of patella S๘๒.๑ Fracture of upper end of tibia S๘๒.๒ Fracture of shaft of tibia S๘๒.๓ Fracture of lower end of tibia S๘๒.๔ Fracture of fibula alone S๘๒.๕ Fracture of medial malleolus S๘๒.๖ Fracture of lateral malleolus S๘๒.๗ Multiple fractures of lower leg S๘๒.๘ Fractures of other parts of lower leg S๘๒.๙ Fracture of lower leg, part unspecified S๙๒.๐ Fracture of calcaneus S๙๒.๑ Fracture of talus Astragalus S๙๒.๒ Fracture of other tarsal bone(s) S๙๒.๗ Multiple fractures of foot **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๗๘.๑ Application of external fixator device
๑๗	ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** K๖๐.๓ Anal fistula **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๙.๑๑ Anal fistulotomy

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		๔๙.๑๒ Anal fistulectomy
๑๘	ฝีรอบไส้ตรงทวารหนัก (Perirectal, Perianal abscess)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** K๖๑.๐ Anal abscess K๖๑.๑ Rectal abscess K๖๑.๒ Anorectal abscess K๖๑.๓ Ischiorectal abscess K๖๑.๔ Intra sphincteric abscess **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๙.๐๑ Incisionof perianal abscess ๔๙.๐๒ Other incision of perianal tissue
๑๙	ฝีเต้านม (Breast abscess)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๖๑ Inflammatory disorders of breast O๙๑.๑ Abscess of breast associated with childbirth **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๕.๐ Mastotomy
๒๐	นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๒๑.๐ Calculus in bladder **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๗.๐ Transurethral clearance of bladder
๒๑	นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๒๐.๑ Calculus of ureter **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๖.๐ Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
๒๒	นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๒๑.๑ Calculus in urethra **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๘.๐ Urethrotomy ๕๘.๑ Urethral meatotomy
๒๓	ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๓๕.๐ Post-traumatic urethral stricture N๓๕.๑ Post infective urethral stricture, not elsewhere classified N๓๕.๘ Other urethral stricture N๓๕.๙ Urethral stricture, unspecified

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๘.๕ Release of urethral stricture
๒๔	แผลฉีก หรือแผลปริ ที่ขอบทวาร (Anal fissure)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** K๖๐.๐ Acute anal fissure K๖๐.๑ Chronic anal fissure K๖๐.๒ Anal fissure, unspecified **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๔๙.๕๑ Left lateral anal sphincterotomy ๔๙.๕๒ Posterior anal sphincterotomy ๔๙.๕๙ Other anal sphincterotomy
๒๕	ความผิดปกติ ของอัณฑะ ที่ได้รับการตัด ลูกอัณฑะ (Orchidectomy)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๖๑ Malignant neoplasm of prostate D๒๙.๒ Benign neoplasm of Testis N๔๐ Hyperplasia of prostate N๔๔ Torsion of testis N๔๕.๐ Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis with abscess N๔๕.๙ Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis without abscess N๕๐.๐ Other disorders of Atrophy of testis N๕๐.๑ Other disorders of Vascular disorders of male genital organs N๕๐.๘ Other specified disorders of male genital organs N๕๐.๙ Disorder of male genital organs, unspecified Q๕๓.๑ Undescended testicle, unilateral Q๕๓.๒ Undescended testicle, bilateral Q๕๕.๒ Other congenital malformations of testis and scrotum **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๒.๓ Unilateral orchiectomy ๖๒.๔๑ Removal of both testes at same operative episode Bilateral orchidectomy NOS ๖๒.๔๒ Removal of remaining testis Removal of solitary testis
๒๖	การส่องกล้อง โพรมดลูก (Hysteroscopy) เพื่อรักษา	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** D๐๗.๐ Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs: Endometrium D๒๕.๐ Submucous leiomyoma of uterus

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
	ความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	D๒๕.๒ Subserosa leiomyoma of uterus D๒๖ Other benign neoplasms of uterus D๒๖.๐ Cervix uteri D๒๖.๑ Corpus uteri D๒๖.๗ Other parts of uterus D๒๖.๙ Uterus, unspecified D๓๙.๐ Neoplasm of uncertain or unknown behavior of female genital organs: Uterus N๗๑.๐ Acute inflammatory disease of uterus N๘๐.๐ Endometriosis of uterus N๘๐.๑ Endometriosis of ovary N๘๐.๙ Endometriosis, unspecified N๘๔ Polyp of female genital tract N๘๔.๐ Polyp of corpus uteri N๘๔.๑ Polyp of cervix uteri N๘๔.๒ Polyp of vagina N๘๔.๓ Polyp of vulva N๘๔.๘ Polyp of other parts of female genital tract N๘๔.๙ Polyp of female genital tract, unspecified N๘๕ Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N๘๕.๐ Endometrial glandular hyperplasia N๘๕.๑ Endometrial adenomatous hyperplasia N๘๕.๒ Hypertrophy of uterus N๘๕.๓ Subinvolution of uterus N๘๕.๔ Malposition of uterus N๘๕.๕ Inversion of uterus N๘๕.๖ Intrauterine synechiae N๘๕.๗ Hematometra N๘๕.๘ Other specified noninflammatory disorders of uterus N๘๕.๙ Noninflammatory disorder of uterus, unspecified N๙๑ Absent, scanty and rare menstruation N๙๒ Excessive, frequent, and irregular menstruation N๙๓ Other abnormal uterine and vaginal bleeding N๙๔ Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		N๙๕ Menopausal and other perimenopausal disorders N๙๖ Habitual aborted N๙๗ Female infertility N๙๘ Noninflammatory disorders of female genital tract **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๘.๑๒ Hysteroscopy
๒๗	การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๔๓.๖ Malignant melanoma of upper limb, including shoulder E๑๐.๕ Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E๑๐.๗ Insulin-dependent diabetes mellitus with multiple complications E๑๑.๕ Non-insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E๑๑.๗ Non-insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications E๑๓.๕ Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E๑๓.๗ Other specified diabetes mellitus with multiple complications E๑๔.๕ Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E๑๔.๗ Unspecified diabetes mellitus with multiple complications M๘๖.๔๔ Chronic osteomyelitis with draining sinus: Hand, carpus, fingers, metacarpus, joints between these bones M๗๒.๖ Necrotizing fasciitis R๐๒ Gangrene, not elsewhere classified S๖๑.๑ Open wound of finger(s) with damage to nail S๖๒.๖๑ Fracture of other finger: Open S๖๒.๗๑ Multiple fractures of fingers: Open S๖๒.๘๑ Fracture of other and unspecified parts of wrist and hand: Open S๖๘.๐ Traumatic amputation of thumb (complete) (partial) S๖๘.๑ Traumatic amputation of other single finger (complete) (partial)

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		S๖๘.๒ Traumatic amputation of two or more fingers alone (complete) (partial) T๒๓.๓ Burn of third degree of wrist and hand T๗๙.๓ Post-traumatic wound infection, not elsewhere classified T๘๔.๖ Infection and inflammatory reaction due to internal fixation device [any site] **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๔.๐๑ Amputation and disarticulation of finger
๒๘	การผ่าตัดก้อนโรคที่เต้านม (Wide Excision Breast mass)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๕๐ Malignant neoplasm of breast C๕๐.๐ Nipple and areola C๕๐.๑ Central portion of breast C๕๐.๒ Upper-inner quadrant of breast C๕๐.๓ Lower-inner quadrant of breast C๕๐.๔ Upper-outer quadrant of breast C๕๐.๕ Lower-outer quadrant of breast C๕๐.๖ Axillary tail of breast C๕๐.๘ Overlapping lesion of breast C๕๐.๙ Breast, unspecified D๐๕ Carcinoma in situ of breast D๐๕.๐ Lobular carcinoma in situ D๐๕.๑ Intraductal carcinoma in situ D๐๕.๗ Other carcinoma in situ of breast D๐๕.๙ Carcinoma in situ of breast, unspecified D๔๘.๖ Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other and unspecified sites **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๕.๒๑ Local excision of lesion of breast
๒๙	ความผิดปกติของเต้านมที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (Simple Mastectomy)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๕๐ Malignant neoplasm of breast C๕๐.๐ Nipple and areola C๕๐.๑ Central portion of breast C๕๐.๒ Upper-inner quadrant of breast C๕๐.๓ Lower-inner quadrant of breast C๕๐.๔ Upper-outer quadrant of breast

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		C๕๐.๕ Lower-outer quadrant of breast C๕๐.๖ Axillary tail of breast C๕๐.๘ Overlapping lesion of breast C๕๐.๙ Breast, unspecified D๐๕ Carcinoma in situ of breast D๐๕.๐ Lobular carcinoma in situ D๐๕.๑ Intraductal carcinoma in situ D๐๕.๗ Other carcinoma in situ of breast D๐๕.๙ Carcinoma in situ of breast, unspecified D๒๔ Benign neoplasm of breast N๖๐.๑ Diffuse cystic mastopathy N๖๐.๓ Fibrosclerosis of breast N๖๒ Hypertrophy of breast Q๘๓.๑ Accessory breast **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๕.๔๑ Unilateral simple mastectomy
๓๐	การรักษามะเร็งเต้านมโดยการผ่าตัด (Breast Conservative Surgery)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** C๕๐ Malignant neoplasm of breast C๕๐.๐ Nipple and areola C๕๐.๑ Central portion of breast C๕๐.๒ Upper-inner quadrant of breast C๕๐.๓ Lower-inner quadrant of breast C๕๐.๔ Upper-outer quadrant of breast C๕๐.๕ Lower-outer quadrant of breast C๕๐.๖ Axillary tail of breast C๕๐.๘ Overlapping lesion of breast C๕๐.๙ Breast, unspecified D๐๕ Carcinoma in situ of breast D๐๕.๐ Lobular carcinoma in situ D๐๕.๑ Intraductal carcinoma in situ D๐๕.๗ Other carcinoma in situ of breast D๐๕.๙ Carcinoma in situ of breast, unspecified **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๕.๒๒ Resection of quadrant of breast ๘๕.๒๓Subtotal mastectomy

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๓๑	ภาวะลิ้นติด (Tongue tie Release)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** Q๓๘.๑ Ankyloglossia **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๒๕.๙๑ Lingual frenotomy ๒๕.๙๒ Lingual frenectomy ๒๗.๙๑ Labial frenectomy
๓๒	การตัดนิ้วเท้าในแผลเบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (Diabetic foot With gangrene)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** กลุ่มที่ ๑ **Pdx :** E๑๐.๔ Insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E๑๑.๔ Non-insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications หรือ E๑๒.๔ Malnutrition-related diabetes mellitus with neurological complications หรือ E๑๓.๔ Other specified diabetes mellitus with neurological complications หรือ E๑๔.๔ Unspecified diabetes mellitus with neurological complications และ **Sdx :** I๗๙.๒* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere กลุ่มที่ ๒ **Pdx :** E๑๐.๕ Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E๑๑.๕ Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E๑๒.๕ Malnutrition-related diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E๑๓.๕ Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ E๑๔.๕ Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ I๗๔.๓ Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		กลุ่มที่ ๓ **Pdx :** L๐๒.๔ Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of limb หรือ L๐๓.๐ Cellulitis of finger and toe หรือ L๐๓.๑ Cellulitis of other parts of limb และ **Sdx :** E๑๐.๙ Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E๑๑.๙ Non-insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ E๑๒.๙ Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ E๑๓.๙ Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ E๑๔.๙ Unspecified diabetes mellitus Without complications **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๔.๑๑ Amputation of toe
๓๓	การปลูกถ่ายผิวหนังใน Granulation Wound	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** M๗๙.๘ Other specified soft tissue disorders **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๘๖.๖๐ Free skin graft, not otherwise specified ๘๖.๖๖ Homograft to skin ๘๖.๖๙ Other skin graft to other sites
๓๔	การทำผ่าตัดเส้นเลือดขอด (Varicose vein)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** I๘๓.๐ Varicose veins of lower extremities with ulcer I๘๓.๑ Varicose veins of lower extremities with inflammation I๘๓.๒ Varicose veins of lower extremities with both ulcer and inflammation I๘๓.๙ Varicose veins of lower extremities without ulcer or inflammation **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๓๘.๕๙ Ligation and stripping of varicose veins LOWER LIMB ๓๘.๘๙ Other surgical occlusion of vessels
๓๕	การขลิบผิวหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๔๗ Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:**

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
	(Phimosis, Paraphimosis)	๖๔.๐ Circumcision
๓๖	การผ่าตัดนิ่วและการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ (Obstructive uropathy)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๑๓.๐ Hydronephrosis with ureteropelvic junction obstruction N๑๓.๑ Hydronephrosis with ureteral stricture, not elsewhere classified N๑๓.๒ Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction N๑๓.๓ Other and unspecified hydronephrosis N๑๓.๔ Hydroureter N๑๓.๕ Kinking and stricture of ureter without hydronephrosis N๑๓.๖ Pyonephrosis N๑๓.๗ Vesicoureteral-reflux-associated uropathy N๑๓.๘ Other obstructive and reflux uropathy N๑๓.๙ Obstructive and reflux uropathy, unspecified **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๕.๐๓ Percutaneous nephrostomy without fragmentation ๕๕.๐๔ Percutaneous nephrostomy with fragmentation
๓๗	การผ่าตัดเส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** I๘๖.๑ Scrotal varices **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๓.๑ Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord
๓๘	การผ่าตัดปะแก้วหู เพื่อรักษาหูชั้นกลาง (Chronic otitis media, Perforated tympanic membrane, atelectatic otitis media, adhesive otitis media)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** H๖๕.๒ Chronic serous otitis media H๖๕.๓ Chronic mucoid otitis media H๖๕.๔ Other chronic nonsuppurative otitis media H๖๖.๙ Otitis media, unspecified H๗๒.๐ Central perforation of tympanic membrane H๗๒.๑ Attic perforation of tympanic membrane H๗๒.๒ Other marginal perforations of tympanic membrane H๗๒.๘ Other perforations of tympanic membrane H๗๒.๙ Perforation of tympanic membrane, unspecified H๗๓.๘ Other specified disorders of tympanic membrane H๗๓.๙ Disorder of tympanic membrane, unspecified H๗๔.๑ Adhesive middle ear disease

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๑๙.๔ Myringoplasty Tympanoplasty (type I) ๑๙.๕๒ Type II tympanoplasty ๑๙.๕๓ Type III tympanoplasty ๑๙.๕๔ Type IV tympanoplasty ๑๙.๕๕ Type V tympanoplasty ๑๙.๖ Revision of tympanoplasty
๓๙	การผ่าตัดเพื่อรักษาเนื้องอกที่กล่องเสียง (Laryngotracheal stenosis, tumor/cyst at larynx hypopharynx base of tongue)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** D๑๔ Benign neoplasm of middle ear and respiratory system D๑๔.๑ Larynx D๑๔.๒ Trachea D๓๗ Neoplasm of uncertain or unknown behavior of oral cavity and digestive organs D๓๗.๐ Lip, oral cavity, and pharynx D๓๘ Neoplasm of uncertain or unknown behavior of middle ear and respiratory and intrathoracic organs D๓๘.๐ Larynx D๓๘.๑ Trachea, bronchus, and lung J๓๘.๑ Polyp of vocal cord and larynx J๓๘.๖ Stenosis of larynx J๓๘.๗ Other diseases of larynx J๓๙.๒ Other diseases of pharynx Q๓๑.๘ Other congenital malformations of larynx Q๓๑.๙ Congenital malformation of larynx, unspecified Q๓๔.๘ Other specified congenital malformations of respiratory system **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๓๐.๐๙ Other excision or destruction of lesion or tissue of larynx ๓๑.๔๒ Laryngoscopy and other tracheoscopy ๓๑.๙๒ Lysis of adhesions of trachea or larynx
๔๐	การผ่าตัดเพื่อการรักษา โรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** J๓๔.๓ Hypertrophy of nasal turbinates' **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๒๑.๘๗ Other rhinoplasty

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๔๑	การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๗๕.๐ Cyst of Bartholin's gland N๗๕.๑ Abscess of Bartholin's gland **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๗๑.๒๑ Percutaneous aspiration of Bartholin's gland (cyst) ๗๑.๒๒ Incision of Bartholin's gland (cyst) ๗๑.๒๓ Marsupialization of Bartholin's gland (cyst) ๗๑.๒๔ Excision or other destruction of Bartholin's gland (cyst) ๗๑.๒๙ Other operations on Bartholin's gland
๔๒	การตัดติ่งเนื้อที่มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** D๒๕.๐ Submucous leiomyoma of uterus D๒๕.๑ Intramural leiomyoma of uterus D๒๕.๒ Subserosa leiomyoma of uterus D๒๕.๙ Leiomyoma of uterus, unspecified N๘๔.๐ Polyp of corpus uteri **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๖๘.๒๙ Other excision or destruction of lesion of uterus

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	≥ ๓๐	≥ ๓๐	≥ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

๒. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง

๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย

๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบ One Day Surgery Registry

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)

๑.๑ จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบริการ ODS&MIS

๑.๒ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน reimbursement รายหัตถการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.

๑.๓ วางกรอบการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)

๑.๔ จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)

๒. พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit

๒.๑ สำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินงานตามโครงการ

๒.๒ จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด

๒.๓ ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด

๒.๔ สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ

๒.๕ เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC, ระบบ E-claim และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)

๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)

๓.๑ ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด

๓.๒ กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘๖๐๓๖ E-mail : duangdao.nid๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery : ODS

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๐ ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

๒. คำนิยาม

การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า ๑ แผล) แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจากกล้องวีดีทัศน์ที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น ตามรายการหัตถการแนบท้ายการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) (ICD-๙-CM Procedures) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ดังนี้

กรณี	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)	กลุ่ม DRGs version ๕
โรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** K๘๐.๐ Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K๘๐.๑ Calculus of gallbladder with other cholecystitis K๘๐.๒ Calculus of gallbladder without cholecystitis K๘๐.๓ Calculus of bile duct with cholangitis K๘๐.๔ Calculus of bile duct with cholecystitis K๘๐.๕ Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis K๘๐.๘ Other cholelithiasis K๘๑.๐ Acute cholecystitis K๘๑.๑ Chronic cholecystitis	๐๗๐๙๐ Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC ๐๗๐๙๒ Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC ๐๗๐๙๔ Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC
		๐๗๑๐๐ Laparoscopic cholecystectomy, no CC ๐๗๑๐๒ Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC ๐๗๑๐๓ Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC ๐๗๑๐๔ Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC

กรณี	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)	กลุ่ม DRGs version ๕
	K๘๑.๘ Other cholecystitis K๘๑.๙ Cholecystitis, unspecified	

โดยการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก(Minimal Invasive Surgery :MIS)	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

๔. วัตถุประสงค์

เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแผลเล็กที่มาตรฐาน และปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)

๑.๑ จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ODS&MIS

๑.๒ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน reimbursement รายหัตถการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.

๑.๓ วางกรอบการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)

๑.๔ จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)

๒. พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit

๒.๑ สำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินงานตามโครงการ

๒.๒ จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด

๒.๓ ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด

๒.๔ สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ

๒.๕ เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC ระบบ E-claim และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)

๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)

๓.๑ ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด

๓.๒ กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล่องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘๖๐๓๖ E-mail : duangdao.nid๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๘ : โครงการกัญชาทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๑ ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๙๑.๑ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

๙๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

๙๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วย ยากัญชาทางการแพทย์

๙๑.๔ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชา ทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. คำนิยาม

การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

หน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยากัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)

งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่หรือการนำเสนอผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี

การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน, เวทีเสวนา, การจัดอบรม, หรืองานประจำสู่งานวิจัย (R2R)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๙๑.๑ ร้อยละของสถานบริการพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางแพทย์แบบบูรณาการ	เขตสุขภาพ ละ ๕ แห่ง	เขตสุขภาพ ละ ๕ แห่ง	เขตสุขภาพ ละ ๕ แห่ง
๙๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๑๐
๙๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐ (จากปี ๖๔)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๖๐ (จากปี ๖๔)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๗๐ (จากปี ๖๔)
๙๑.๔ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๒. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๓. เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์

๔. เพื่อกำกับ ติดตาม ป้องกัน รักษา ลดความรุนแรงของอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. สถาบันกัญชาทางการแพทย์

๓. ระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. ระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์และพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา กรมการแพทย์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับกรรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
รายการข้อมูล ๑	จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และ CPG แก่ผู้รับผิดชอบทุกระดับ

๒. ประสานเพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองผู้ป่วย Palliative /ผู้ป่วยและประชาชนที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

๓. เชื่อมระบบรายงาน การส่งต่อข้อมูล การส่งต่อการรักษา

๔. ให้ความรู้ บุคลากรทางการแพทย์/ เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน อบจ./CM/ผู้ป่วย Palliative care

๕. นิเทศติดตาม ประเมินผล

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. สนับสนุนองค์ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง

๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และ CPG แก่ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการในสังกัดและนอกสั่งกัด สป.สธ.

๓. จัดให้มีระบบรายงาน การส่งต่อข้อมูลการรักษา

๔. กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยากัญชาและกลุ่มที่ต้องได้รับการติดตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเพราพนิต สอนสิทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖-๒๖๔๕๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๙ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๒ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย

๙๒.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน)
๙๒.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)
๙๒.๓ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)
๙๒.๔ อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)
๙๒.๕ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)
๙๒.๖ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)
๙๒.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

๑. หญิงตั้งครรภ์
๒. เด็ก ๐-๒ ปี
๓. เด็ก ๓-๕ ปี
๔. เด็ก ๖-๑๒ ปี
๕. ผู้มีอายุ๑๕-๕๙ ปี
๖. ผู้สูงอายุ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๙๒.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕
๙๒.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
๙๒.๓ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๙๒.๔ อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐
๙๒.๕ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐
๙๒.๖ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕
๙๒.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)

๕. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕
อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐
อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐
อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐
อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐
อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕
อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ใช้กลไก ๓ หมอให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการทันตกรรม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สนับสนุนให้ทันตบุคลากรได้ทำงานตามเป้าหมาย

๒. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบชุดสิทธิประโยชน์ทางทันตกรรม

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙-๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb15@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๙ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๓ อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

๒. คำนิยาม

อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มกราคม

ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้เกิดความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาทั้งปาก โดยทันตบุคลากร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	≥ ๔๐	≥ ๔๐	≥ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
๒. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับความรู้ สามารถทำความสะอาดช่องปากให้ผู้สูงอายุได้

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข
(กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)

๖. รายการข้อมูล

HDC ข้อ ๑๗.๒๖ OHSP

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

สนับสนุน พัฒนาศักยภาพทันตบุคลากร

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. บูรณาการประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ในหลักสูตรอบรม Care Manager/Care Giver (บูรณาการร่วมกับ cluster ผู้สูงอายุ)

๒. พัฒนา/ผลักดัน การจัดทำ oral care plan และการรายงานข้อมูล

๓. บริการเชิงรุกที่บ้าน ร่วมกับทีมหมอครอบครัว

๔. พัฒนารูปแบบ/ระบบ การเข้าถึง บริการส่งเสริมป้องกัน เพื่อการเก็บรักษาฟัน ได้แก่ การฝึกทักษะการ แปรงฟัน การควบคุมคราบจุลินทรีย์ ทาฟลูออไรด์วานิชในกลุ่มเสี่ยงรากฟันผุ ขูดหินปูน/ขัดฟัน

๕. สนับสนุนความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย โรงเรียนผู้สูงอายุ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘-๙๖๒๒๔๙๒๖ E-mail : nid๑๙๖๘@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๙ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๔ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก

๙๔.๑ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ

๙๔.๒ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

มาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก หมายถึง เกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีองค์ประกอบ ๓ ด้าน คือ ด้านที่ ๑ ศักยภาพบริการสุขภาพช่องปาก ด้านที่ ๒ อัตรากำลังคน ด้านที่ ๓ ด้านโครงสร้างกายภาพ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๙๔.๑ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐
๙๔.๒ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	-	อย่างน้อย ๑ แห่ง	อย่างน้อย ๑ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานหน้าเว็บไซต์ของกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (http://phdbservice.moph.go.th/APP/ORALHEALTH/index.php/member/login)

๖. รายการข้อมูล

DASH BOARD ซึ่งเลือกดูได้ทั้งราย รพ.สต. จังหวัด เขตสุขภาพ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ผลักดันให้แต่ละอำเภอพัฒนา PCU/NPCU ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สนับสนุน PCU/NPCU ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก ดังนี้

๑.๑ ชี้แจง TIMELINE (กำหนดเวลา = แผนในรอบปี) คือ

- ไตรมาสที่ ๑ ทุก รพ.สต.ที่เป็น PCU/NPCU รับฟังการประชุมชี้แจงออนไลน์จากส่วนกลาง
- ไตรมาสที่ ๒ ทุก รพ.สต.ที่เป็น PCU/NPCU บันทึกข้อมูลผลการประเมินตนเองถูกต้องทันเวลา
- ไตรมาสที่ ๓ ส่วนกลางลงเยี่ยมสำรวจ

๒. ให้มีผู้รับผิดชอบในการพัฒนาในแต่ละอำเภอ

๓. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาในแต่ละอำเภอ (ทุก PCU/NPCU ทุกสังกัด)

๔. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาของจังหวัด ๑ อำเภอพัฒนาให้มีขั้นต่ำ ๑ แห่ง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘-๙๖๒๒๔๙๒๖ E-mail : nid๑๙๖๘@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๙ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๕ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

๒. คำนิยาม

กลุ่มอายุ ๑๒ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๑๒ปี ถึง๑๒ปี ๑๑เดือน ๒๙ วัน และอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดมหาสารคาม

ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เด็ก ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ หรือมีฟันแท้ผุแต่ได้รับการบูรณะเรียบร้อย และไม่มีฟันแท้ที่ถูกถอน
๒. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ปี

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)

๖. รายการข้อมูล

HDC ข้อ ๑๘.๗ OHSP

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ปี ๒๕๖๗

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

๒. ค้นหาบุคลต้นแบบ จัดทำสื่อ เผยแพร่สื่อ สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายจัดทำสื่อ ผลักดันให้เกิดกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก

๓. สพด./โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ สนับสนุนการกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ (เน้นสุก สะอาด)/ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ/กินผักผลไม้/ขนมสีเขียว (ใน ๑ วันไม่กินขนมเกิน ๒ ครั้ง)/กินอาหาร ขนมแล้วแปรงฟันทันที (สพด. คือ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)

๔. เน้นการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์/(๒ ๒ ๒) เน้นแปรงหลังอาหารเช้า-ก่อนนอน ทุกวัน/แปรงฟันอย่างน้อย ๒ นาที/หลังแปรงฟันไม่กินอะไร ๒ ชั่วโมง/ผู้ใหญ่แปรงฟันซ้ำให้เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง ๗ ปี

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๖๒๒๔๙๒๖ E-mail : nid1968@hotmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb15@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๙ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๖ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ

๙๖.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)

๙๖.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คน ต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

๙๖.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ

๒. คำนิยาม

ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ ได้แก่

องค์ประกอบที่ ๑ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ คือ รพ.สต./ศสม. ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ ๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรม ดังนี้

๑) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC)
- ๑.๑ การตรวจสุขภาพช่องปาก
- ๑.๒ บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control
- ๑.๓ การให้บริการทันตกรรม เช่น ขูดหินน้ำลาย อุดฟัน เป็นต้น

๒) กลุ่มเด็ก ๐-๒ ปี
- ๒.๑ การตรวจช่องปากอย่างน้อยร้อยละ ๕๐
- ๒.๒ การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ
- ๒.๓ การทาฟลูออไรด์วานิชให้เด็กในคลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี

๓) กลุ่มเด็ก ๓-๕ ปี
- ๓.๑ การตรวจสุขภาพช่องปากอย่างน้อยร้อยละ ๕๐
- ๓.๒ การทาฟลูออไรด์วานิชในเด็กที่เป็นกลุ่มเสี่ยง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
- ๓.๓ การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ ๓-๕ ปี

๔) กลุ่มนักเรียนประถมศึกษา
- ๔.๑ การตรวจช่องปากเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี
- ๔.๒ การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ ๑ ในเด็กอายุ ๖ ปี
- ๔.๓ การให้บริการทันตกรรมในเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี อย่างน้อยร้อยละ ๕๐

๕) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๕.๑ การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน

๖) กลุ่มวัยทำงาน

๖.๑ การให้บริการทันตกรรมในกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี

๗) กลุ่มผู้สูงอายุ

๗.๑ การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ ๒ ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน บริการรักษาทันตกรรมเฉพาะทางและบริการฟื้นฟูสภาพช่องปาก ทั้งในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๙๖.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕
๙๖.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕
๙๖.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก)

๖. รายการข้อมูล

HDC ข้อ ๑๘.๑๔ OHSP

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

สนับสนุนการทำงานของทันตบุคลากร

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำกลยุทธ์และประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข

๒. สนับสนุน/พัฒนาบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข

๓. พัฒนาคลินิกทันตกรรมใน รพ. ผ่านมาตรฐาน "dental safety goal" ที่มุ่งความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ

๔. นิเทศ/สนับสนุนให้รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

๕. สนับสนุนให้รพ.สต. มีวัสดุ+ครุภัณฑ์ทันตกรรม+ผู้ช่วย

๖. รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ

๗. สนับสนุนให้มี อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข

๘. จัดทำข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา เสนอเข้าคณะกรรมการ พชอ./กรรมการที่เกี่ยวข้อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘-๙๖๒๒๔๙๒๖ E-mail : nid๑๙๖๘@hotmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙-๘๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๐ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๗ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

ตัวชี้วัดที่ ๙๘ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๒. คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑

การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๙๗. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level๑)ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
๙๘. อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ๖๐	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ๖๐	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา ที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

๒. มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

มาตรฐาน ๔๓ แฟ้มกระทรวงสาธารณสุขและการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level๑)ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑ ,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายใน ชม.
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑ ,๒ ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

๒. จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงแผนพัฒนาเครือข่ายแก่ รพช. และ รพ.สต.

๒. วางแผนการดำเนินงานและตารางการปฏิบัติงานตลอดทั้งปี

๓. จัดทำระบบฐานข้อมูลและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔. จัดทำตารางนิเทศและนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้ รพช. ส่งข้อมูลรายงาน Service plan และตัวชี้วัดทุกเดือน

๕. ทบทวน CPG และปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานและทันสมัย

๖. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพช. รพ.สต. และ อสม.ด้านการคัดกรองประเมินและวินิจฉัยและการส่งต่อ

๗. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มีcomplication

๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง โรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย

๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

๔. พัฒนาศักยภาพในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. สามารถคัดกรองประเมินวินิจฉัยเบื้องต้นได้

๒. มีการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น

๓. มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่อง หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๔. จัดทำคู่มือประชาชน ให้ความรู้แก่ประชาชน

๕. มีความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าได้

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๐ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๙ ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ

๒. คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑

การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ๘๐	ร้อยละ๘๐	ร้อยละ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

๒. มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

การประเมินมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ (ECS คุณภาพ) ทั้ง๒ มิติ

มิติที่ ๑ การประเมินผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

มิติที่ ๒ การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน ๑๒ องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่

องค์ประกอบที่ ๒ บุคลากร

องค์ประกอบที่ ๓ การรักษาพยาบาล

องค์ประกอบที่ ๔ MCI and Disaster management

องค์ประกอบที่ ๕ Referral system

องค์ประกอบที่ ๖ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to Other Specialist Consultation)

องค์ประกอบที่ ๗ ระบบสนับสนุน

องค์ประกอบที่ ๘ Pre – hospital EMS Intervention

องค์ประกอบที่ ๙ ระบบบริหารจัดการ

องค์ประกอบที่ ๑๐ Inform-ation system

องค์ประกอบที่ ๑๑ การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)

องค์ประกอบที่ ๑๒ การศึกษาและวิจัย

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา ที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒. จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ชี้แจงแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ECS คุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม และเยี่ยมสำรวจ (External survey) ทุกโรงพยาบาล

๓. จัดทำแผนพัฒนาสถานบริการทุกระดับทั้งด้านบุคลากร สถานที่ให้บริการ เครื่องมือ และอุปกรณ์ โดยบูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง

๔. บูรณาการข้อมูลในจังหวัด โดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก

๕. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. มีแผนพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินครบวงจรบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ตามแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบถึง จุดอ่อนที่ต้องแก้ไขและพัฒนา

๓. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

๑) จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก

๒) รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓) วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๔) Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร

๕) วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ

๖) นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๗) ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน

๔. จัดเก็บรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบโดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๐ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

๒. คำนิยาม

ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน ๓ มิติ คือ

๑. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน

๑.๑ เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๑.๑.๑ จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery

๑.๑.๒ กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน ๒-๔ ชั่วโมง (ER Target Time ๒-๔ ชั่วโมง)

๑.๒ เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

๑.๒.๑ จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ

๒. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน

๒.๑ พัฒนาอาคารสถานที่

๒.๑.๑ จัดให้มี Double door with access control

๒.๑.๒ จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)

๒.๑.๓ จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)

๒.๑.๔ จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room)

๒.๑.๕ จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Transport capsule)

๒.๒ พัฒนาระบบสารสนเทศ

๒.๒.๑ มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)

๒.๒.๒ เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบ Telemedicine และวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC)

๒.๒.๓ ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๓. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน

๓.๑ วางแผนกำลังคน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๓. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน

๔. บุคลากรมีความปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา ที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

๒. จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ชี้แจงนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด

๓. มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

๓.๑ ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ ๑ ครั้งมาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด

๓.๒ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ

๓.๓ นำข้อมูลจากข้อ ๑.๑ - ๑.๒ มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

๔. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด

๕. นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ ER คุณภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๐ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๑ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. คำนิยาม

ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดมหาสารคาม

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

๒. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

การเสริมสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เชื่อมั่น และไว้วางใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด/คณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม

๒. ประชุมคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและคณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม

๓. การขยายงานการแพทย์ฉุกเฉินไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. สนับสนุนการบริหารจัดการ และควบคุมคุณภาพการสื่อสารและสั่งการของศูนย์ประสานงานการรับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด (อบจ.มหาสารคาม)

๕. พัฒนาบุคลากรงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ

๖. ตรวจประเมินคุณภาพ มาตรฐานยานพาหนะในระบบ EMS และการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการ

๗. การจัดสรรงบประมาณจ่ายค่าชดเชยปฏิบัติการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ

๘. พัฒนาระบบสื่อสาร สารสนเทศในระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

๙. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรายงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๑๐. ตรวจประเมินคุณภาพและตรวจสอบการจ่ายค่าชดเชยบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๑๑. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

๑๒. ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการ ๑๖๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลทุกระดับอย่าง ทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ

๒. พัฒนาระบบ EMS ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทยฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)

๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

๕. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระบบ EMS ในระดับ ตำบล

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดให้มีเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในงาน ER ตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว (หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ ประเด็น ๔.๒.๒ ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษาหมุนเวียน)

๒. ประสานงานกับ อปท.ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่บริการ

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทยฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความสามารถในการแจ้งเหตุในระบบ ๑๖๖๙ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ (ตามหลักสูตร อฉช.)

๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๐ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒ อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง นับจาก ICD ๑๐S ๐๖.๐-๐๖.๙ ที่ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (not followed verbal command : motor score M๑-M๕ จาก Glasgow coma score) โดยดูอัตราการเสียชีวิตจาก discharge status ค่าเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	N/A	น้อยกว่าร้อยละ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ๒๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เป้าหมายหลักคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล injury surveillance

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S ๐๖.๐-S ๐๖.๙) ที่มี motor score M๑-M๕ ใน GCS และเสียชีวิต
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S ๐๖.๐-S ๐๖.๙) ที่มี motor score M๑-M๕ ใน GCS ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒. จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองเพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและทันสมัย

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงแผนพัฒนาเครือข่ายแก่ รพช.

๒. วางแผนการดำเนินงาน/ตารางการปฏิบัติงานตลอดทั้งปี

๓. จัดทำระบบฐานข้อมูลและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔. จัดทำตารางนิเทศและนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยให้ รพช.ส่งข้อมูลรายงาน Service plan และตัวชี้วัดทุกเดือน

๕. ทบทวน CPG และแนวทางการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) ปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานและทันสมัย

๖. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพช. รพ.สต. และ อสม.ด้านการคัดกรอง ประเมินและวินิจฉัย และการส่งต่อ

๗. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มีcomplication

๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย

๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

๔. พัฒนาศักยภาพในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๑ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๓ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. คำนิยาม

การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมกันทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่และนำมาวางแผนการดำเนินโครงการ และการกำกับติดตาม เพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนโครงการผ่าน “ตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยมีมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน คือ

๑. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒. คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

๓. จัดระบบสุขาภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลสำหรับทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต.

๔. สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียน เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการและประชาชน

๕. รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทพื้นที่

๖. บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบและมีระบบรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก

๗. รายงานการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล ตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง. ๕๐๖, ระบบ HDC หรือ Isan cohort

๘. พัฒนานวัตกรรม และพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการรักษามะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน ๑๓๓ ตำบล (ร้อยละ ๑๐๐)	จำนวน ๑๓๓ ตำบล (ร้อยละ ๑๐๐)	จำนวน ๑๓๓ ตำบล (ร้อยละ ๑๐๐)

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรม Isan cohort/ HDC

๖. รายการข้อมูล

๖.๑ การวิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๖.๒ การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้น ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย จำนวน ๔๐ ตำบลๆ ละ ๑๐๐ ราย รวมทั้งสิ้น ๔,๐๐๐ ราย ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ด้วยอัลตร้าซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

๖.๓ สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๑๐๐ โรงเรียน

๖.๔ ประสาน อปท.ในพื้นที่เป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมและจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลง/มาตรการ หรือเอกชนจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะและสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ ในการสื่อสารสาธารณะ/การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในให้แก่ อสม. และประชาชน

๖.๖ บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บิโภคและเภสัชสาธารณสุขในการให้ความรู้ผู้ประกอบการ ปลาร้า ปลาส้มจัดและการกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่ดำเนินงานและผู้ปกระกอบการร้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารจากปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาว

๓. พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๔. จัดระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ ด้านการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๕. ติดตาม กำกับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

๖. จัดหา/สนับสนุนการดำเนินงาน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ชุดคัดกรองพยาธิฯ ให้แก่พื้นที่เป้าหมาย

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามมาตรการ

๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

๓. พัฒนาทีมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม

๔. สนับสนุนการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย

๕. จัดระบบการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยด้วยการทำ CT/MRI เพื่อการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดและเสริมด้วยเคมีบำบัดที่เหมาะสม

๖. ประสาน ติดตามการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลประคับประคอง (palliative care) ทุกรายโดยการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านทีมหมอครอบครัว (Family care team)

๗. นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานให้เป็นไปตามตัวชี้วัด/การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามมาตรการ

๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง/ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. จัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

๔. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๔.๑ ให้บริการตรวจอุจจาระประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับในตำบลเป้าหมาย จำนวน ๔๐ ตำบลๆ ละ ๑๐๐ ราย ให้การรักษาผู้ตรวจพบพยาธิฯทุกราย ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องโดยใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม

๔.๒ ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ส่งต่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

๔.๓ รายงานในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข/ระบบฐานข้อมูล Isan cohort/HDC

๕. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

๖. ประสาน/สนับสนุน อปท. ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ ผ่านเทศบาล/อบต.

๗. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กและเยาวชน

๘. สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิในชุมชน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาน้ำจืดชนิดเกล็ดขาวด้วยการปรุงให้สุกก่อนรับประทานทุกครั้ง

๙. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเกษศิรินทร์ ไชยลาภ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๖๔๗๘๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๑ โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔ ระดับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น

๒. คำนิยาม

อำเภอ TO BE NUMBER ONE หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) ผ่านเกณฑ์การให้คะแนนผลงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น ของ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๗๐

เกณฑ์ดีเด่น หมายถึง เกณฑ์คะแนนผลการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ประเภทดีเด่น ของ กรมสุขภาพจิต

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ครบ ๑๓ แห่ง	๒๓.๐๘ %	๑๐๐%	๑๐๐%

๔. วัตถุประสงค์

มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “วัยรุ่นและเยาวชนมีกระแสนิยมการเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ตลอดจนวัยรุ่นและเยาวชนมีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ สามารถดำรงความเข้มแข็งในการต่อต้านยาเสพติด เพื่อป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เว็ปไซต์ทูบีนัมเบอร์วัน จังหวัดมหาสารคาม

๒. เกณฑ์คะแนนการนำเสนอผลงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น ของกรมสุขภาพจิต

๖. รายการข้อมูล

รายการ	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
อำเภอทูบีนัมเบอร์วัน	ผ่านเกณฑ์	อำเภอเมืองระดับภาค	อำเภอเมืองระดับประเทศ	อำเภอเมืองระดับประเทศ
๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอมีโครงสร้างกำหนดหน้าที่ชัดเจนและมีศูนย์ประสานงานโครงการฯ ระดับอำเภอ	มี	NA	NA	NA
๒. กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	มี	NA	NA	NA
๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (มีวาระการประชุม)	มี	NA	NA	NA
๔. มีฐานข้อมูลสมาชิก/ชมรม/ศูนย์เพื่อนใน TO BE NUMBER ONE/ใครติดยายกมือขึ้นและกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมาชิกระดับอำเภอ	มี	NA	NA	NA
๕. สรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE	มี	NA	NA	NA

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๒. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน

๓. การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด” โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ

๒. มีการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานครอบคลุม ๓ ยุทธศาสตร์หลักและแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ

๓. มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. มีฐานข้อมูลสมาชิก/ชมรม/ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE/โครงการใครติดยายกมือขึ้น/กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมาชิกระดับอำเภอ

๕. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับ/อำเภอ/ชุมชน/สถานศึกษา ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

๖. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางธัญญธร วัจนามัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๔-๒๕๑-๒๐๕๒ E-mail : tobe.sarakham@gmail.com
๒. นางสาวณัฏฐณิชา โกมลพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๗-๓๐๑-๙๔๖๖ E-mail : nuttanicha๒๐๓๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๑ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๕ ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

๑. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใดๆจาก แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรการสาธารณสุขอื่นๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บและจำเป็นต้องได้รับการรักษา

๑.๑ ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัย อันเป็นที่สลดใจที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้รับเป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา

๑.๒ ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ทรงรับไว้เป็น“ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา

๒. จังหวัด ได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม

๒.๑ อำเภอ ได้แก่ อำเภอที่อยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑๓ อำเภอ

๓. การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายกเหล่ากาชาดจังหวัดเป็นรองประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ

๓.๑ การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ของอำเภอ หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ โดยมี นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ กิ่งกาชาดอำเภอเป็นรองประธานกรรมการ สาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นกรรมการและเลขานุการ

๔. การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ ๕ ระดับ ดังนี้

ระดับที่ ๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับอำเภอ ระดับตำบล

ระดับที่ ๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ

ระดับที่ ๓ ขยายการดำเนินงานบูรณาการกับพื้นที่ เช่น รพ.สต./เทศบาล/ องค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ

ระดับที่ ๔ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือและติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระดับที่ ๕ มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วยตามนัดหรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาทางสังคม

การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วยตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา โดยผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำกับ ควบคุมดูแลโดยสำนักโครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	≥ ๖๐	≥ ๖๐	≥ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ

๒. เพื่อให้อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการพัฒนางานสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. โปรแกรมระบบติดตาม ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A=จำนวนผู้ป่วยฯที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด เพื่ออำนวยการการบริหารจัดการ กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบการช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์

๒. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ

๓. บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อติดตาม เพื่อให้เข้าถึงการดูแลและติดตามผู้ป่วยฯ

๔. มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ เรื่องการรักษาพยาบาลและส่งต่อการดูแลให้ความช่วยเหลือจัดทำแผนบูรณาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๕. มีการประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๖. มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๗. มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วยตามนัดหรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาทางสังคม

๘. จัดทำคู่มือแนวการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ตามแนวทางคู่มือสำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม คณะทำงาน ทีมสหวิชาชีพ ระดับอำเภอ

๒. จัดทำแผนบูรณาการการติดตามเยี่ยมพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

๓. มีคณะกรรมการติดตามเยี่ยม เพื่อให้การช่วยเหลือ และประเมินสภาพความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๔. บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ขยายการดำเนินงานบูรณาการกับพื้นที่ เช่น รพ.สต./ เทศบาล/องค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแลและติดตามผู้ป่วยฯ

๕. มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๖. มีกำกับติดตามเยี่ยมและการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดตั้งคณะทำงานดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคมระดับตำบล

๒. คณะทำงานดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยฯตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ

๓. มีผู้รับผิดชอบหลักในการ ดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม มีการติดตามเยี่ยม เพื่อให้การช่วยเหลือ และประเมินสภาพความต้องการของผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๔. บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกับพื้นที่ เช่น เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ

๕. มีการติดตามเยี่ยมและการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐ Email : Pkhu.omber@gmail.com
๒. นางสาวสุวิมล พานพิมพ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๕๙๓๒๘๘๐ Email : princess_soon@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๑ : โครงการพระราชดำริและโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๖ ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง

๒. คำนิยาม

๑. ผู้ต้องขัง หมายถึง บุคคลที่ถูกขังอยู่ในเรือนจำ ทัณฑสถาน

๒. การดูแลคุณภาพชีวิต หมายถึง การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้

๑. การคัดกรองสุขภาพผู้ต้องขัง โดยเฉพาะ วัณโรค เอดส์ มะเร็ง วัคซีนไข้หวัดใหญ่
๒. การเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง
๓. การอบรม อสจร.เพื่อดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในกลุ่มผู้ต้องขังด้วยกัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง	-	-	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ผู้ถูกคุมขัง ผู้ที่อยู่ในระบบราชทัณฑ์ สถานพินิจและสำนักงานคุมประพฤติได้รับการดูแลตามหลักมนุษยชนและได้รับการควบคุมป้องกันโรคที่จำเป็น

๒. วางระบบการติดตามหลังปล่อยตัว

๕. แหล่งข้อมูล

๑. แผนการปฏิบัติงานของเรือนจำ
๒. ทะเบียนการคัดกรองผู้ต้องขัง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง โดยเฉพาะ วัณโรค เอดส์ มะเร็ง วัคซีนไข้หวัดใหญ่
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ต้องขังรายใหม่ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม/กำกับ ติดตาม การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ถูกคุมขังในเรือนจำ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. คัดกรองผู้ต้องขังทุกราย โดยเฉพาะ วัณโรค เอดส์ มะเร็ง วัคซีนไข้หวัดใหญ่
๒. เพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขัง
๓. อบรม อสรจ. เพื่อดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานในกลุ่มผู้ต้องขัง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเสาวณีย์ บุญเสริม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙ E-mail : tookygutta@outlook.co.th

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๑ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๗ ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรค
คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ ๑๐๐

๒. คำนิยาม

การเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน ให้เกิดการดำเนินงานสำคัญสอดคล้องตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือการเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรค การบูรณาการร่วมกับเครือข่าย การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่จังหวัดหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอผ่านเกณฑ์ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ	ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๘ ตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี ๒๕๖๘

๕. แหล่งข้อมูล

HDC, www.Thairabies.net

๖. รายการข้อมูล

๑. ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ

๒. บูรณาการแผนงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓. อบรมความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่บุคลากรแพทย์และสาธารณสุข

๔. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับอำเภอ/ตำบล

๕. สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและลดความเสี่ยงจากการถูกสุนัข/แมวกัด แก่ประชาชน และจัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้

๖. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด

๒. จัดทำแผนบูรณาการโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓. สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับอำเภอ/ตำบล โดยร่วมประชุมรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ระดับอำเภอ

๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ

๕. สนับสนุนสื่อความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าตามช่องทางสื่อสารมวลชนทุกรูปแบบ

๖. ติดตาม ประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ

๗. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พชอ.

๒. วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปข้อมูลเสนอคณะกรรมการ พชอ. และ พชต.

๓. จัดทำแผนบูรณาการงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการ พชอ.และ พชต.

๔. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับอำเภอ โดยร่วมประชุมรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ระดับตำบล

๕. จัดทำแผนซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้บริการแก่ผู้สัมผัสเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยง ให้เพียงพอ

๖. ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลในการบันทึกข้อมูลใน HDC ให้ครอบคลุม ถูกต้องเป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดทำแผนบูรณาการงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล

๒. สื่อสารความเสี่ยง/สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน

๓. เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับตำบล กรณีการระบาดของโรคในสัตว์ (หัวบวก) รวมถึงการค้นหาติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงเพื่อให้บริการวัคซีนครบตามเกณฑ์ทุกราย

๔. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับตำบล

๕. สนับสนุน อปท. ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด โครงการ Thailand Rabies Awards

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเกษศิรินทร์ ไชยลาภ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๖๔๗๘๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๓๒ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๘ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร
๑๑๐ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓

๒. คำนิยาม

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพร ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal city) โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร

มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด

มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

ฐานข้อมูลสมุนไพร หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการปลูก การผลิต การแปรรูป และการขาย สมุนไพร

จังหวัดในเขตสุขภาพ หมายถึง จังหวัดอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากจังหวัดเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด

ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานประกอบเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการสปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม ตามพ.ร.บ.สถานประกอบเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ทั้งที่ได้รับอนุญาตแล้ว และยังไม่ได้รับอนุญาต (เข้าข่ายประเภทตามชนิดที่กฎหมายบัญญัติ)

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพของกลุ่มชน หรือชาติพันธุ์ โดยมีการใช้ความรู้ที่สืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ที่มีความสอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และทรัพยากรของท้องถิ่นนั้น ๆ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. มีฐานข้อมูลสมุนไพรระดับอำเภอ (พื้นที่ปลูก/การผลิต/การแปรรูป/การขาย)	มี	มี
๒. มีข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมการขึ้นทะเบียนของสถานประกอบการในพื้นที่	-	≥ ๑ กิจกรรม ≥ ๒ ตำรับ
๓. มีการสำรวจภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน (ตำรับยาสมุนไพร) ในพื้นที่เพิ่มขึ้น และส่งเสริมให้มีการรับรองหมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒	-	
๔. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓
๕. ร้อยละของการจัดซื้อยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ ๗ ตามแผนการจัดซื้อ	-	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานเมืองสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามในภาพรวมทุกส่วนการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ต้นทาง การส่งเสริมเกษตรกรปลูกสมุนไพรเพื่อเสริมรายได้ กลางทาง การส่งเสริมการผลิตยาและภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ และปลายทาง ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ

๒. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๓. เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น

๔. เพื่อให้สถานประกอบเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมให้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง

๕. เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านไทยในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

๖. เพื่อให้เกิดการสนับสนุนซื้อยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลที่มีการผลิตยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ ๗

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพร/ข้อมูลการผลิต/การแปรรูปสมุนไพร/การขายสมุนไพรในพื้นที่

๒. ข้อมูลจากการบันทึกเก็บรวมรวมผลการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาเป็นปัจจุบัน/การส่งเสริมให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง/การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในพื้นที่

๓. ข้อมูลจากโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการของปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๔. ข้อมูลจากระบบ HDC ของจังหวัดมหาสารคาม

๕. ข้อมูลจากการซื้อยาสมุนไพรตามแผนการจัดซื้อยาสมุนไพร

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนรวมจากการประเมินตามเกณฑ์
รายการข้อมูล ๒	B = คะแนนเต็มทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. กำหนดความร่วมมือในเครือข่ายต่างๆในการดำเนินงาน

๒. การออกให้บริการด้านแพทย์แผนไทยเชิงรุกในชุมชน

๓. การจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ได้แก่ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร มะขามป้อม มะขามแขก เพชรสังฆาต

๔. การทำงานที่ต่อเนื่องและยกระดับการขับเคลื่อนที่เข้มแข็งขึ้นเรื่อยๆ

๕. การสนับสนุนซื้อยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลที่ผลิตยาสมุนไพร ในเขตสุขภาพที่ ๗ (รพ.มหาสารคาม, รพ.สุวรรณภูมิ, รพ.พล)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๒. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด

๓. ส่งเสริมและพัฒนาการปลูกสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GAP/Organics/PGS

๔. รวบรวมข้อมูลแปลงปลูกพืชสมุนไพรในพื้นที่ทั้งที่ได้รับการรับรองมาตรฐานและยังไม่ได้รับการรับรอง รวมถึงข้อมูลของการแปรรูปผลิตภัณฑ์ในพื้นที่

๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในวิสาหกิจชุมชนเพื่อตอบสนองการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ตามความต้องการของตลาด

๖. ส่งเสริมการขึ้นทะเบียนให้ถูกต้องตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่ โดยการจัดกิจกรรมให้คำแนะนำการเตรียมร้านเพื่อขอขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง

๗. ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและการขึ้นทะเบียนรับรองหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่

๘. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

๙. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๑๐. มีการบูรณาการร่วมกับงานสิ่งแวดล้อม การประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม

๑๑. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการประชุมติดตามคณะกรรมการเมืองสมุนไพร และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๔. ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกษตรกรที่ต้องการปลูกสมุนไพรในพื้นที่โดยต้องให้ข้อมูลข้อเท็จจริงในการเข้าร่วมปลูกพืชสมุนไพร

๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร หรือการแพทย์แผนไทยในพื้นที่

๗. ส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๘. ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและการขึ้นทะเบียนรับรองหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่

๙. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบุคลากรทางการแพทย์

๑๐. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกับการออกนิเทศงานด้านแพทย์แผนไทย

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย

๔. การส่งเสริมและพัฒนาการปลูกสมุนไพร

๕. การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร

๗. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ratta.by๒๖๘@gmail.com
๒. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ E-mail : ruttawadee@yahoo.com
๓. นางสาวสิริวิมล พูลผล ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘๐-๙๓๕๖๙๓๒

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๓๒ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๙ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐

๒. คำนิยาม

สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง ถานพยาบาลหรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ที่ดำเนินการถูกต้องตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล หรือ พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และ จัดให้มีบริการหรือมีกิจกรรมเพื่อส่งเสริมด้านการท่องเที่ยวร่วมด้วย (Medical Tourism and Wellness Tourism) หรือเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการด้านสุขภาพในเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่กำหนด

สถานพยาบาลได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาลและได้รับการรับรองมาตรฐานระดับสากล หรือมีนวัตกรรมบริการเพิ่มเติมที่โดดเด่น เช่น การเสริมความงาม Telemedicine เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เวชศาสตร์จีโนม ทันตกรรม หรือการประกอบโรคศิลปะสาขาต่างๆ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และได้รับการรับรองมาตรฐาน Thai World Class, Nuad Thai Premium หรือ มาตรฐาน ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการบริการ ด้านผลิตภัณฑ์ เครื่องมือ และอุปกรณ์ ด้านบริหารและการจัดการองค์กร และด้านการควบคุมการติดเชื้อในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism Route) หมายถึง เส้นทางการสัญจรที่กำหนดขึ้นสำหรับนักท่องเที่ยวเพื่อให้สามารถพบเห็นหรือเข้าชมแหล่งท่องเที่ยวและจุดที่น่าสนใจต่างๆ ได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย ได้รับความรู้ ความเพลิดเพลิน พักผ่อนหย่อนใจ เรียนรู้วิถีชีวิต และทำกิจกรรมหรือบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา หรือการฟื้นฟูสุขภาพ บนเส้นทางหรือเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางท่องเที่ยวที่จัดทำขึ้นในพื้นที่

ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง สถานพยาบาล หรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่เข้าร่วมการพัฒนาและมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจากคณะทำงาน คณะอนุกรรมการ หรือคณะกรรมการตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาและยกระดับมาตรฐานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล

๒. เพื่อพัฒนาและยกระดับสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพให้มีคุณภาพรับมาตรฐานตามที่กำหนด

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลกองสถานพยาบาลฯ/กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๒. ข้อมูลการขึ้นทะเบียน/ขอเพิ่มบริการสุขภาพในสถานพยาบาล/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพและเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

๓. ผลการพิจารณารับรองสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยว

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. กำหนดความร่วมมือในเครือข่ายต่างๆในการดำเนินงาน

๒. การประชาสัมพันธ์ให้สถานประกอบเพื่อสุขภาพเข้าร่วมเพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับสถานประกอบการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๓. ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการให้พัฒนาศักยภาพและยกระดับสถานประกอบการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สำรวจสถานประกอบการร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
๒. เชิญชวนสถานประกอบการในพื้นที่ให้เข้าร่วมรับการรับรอง
๓. อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกอบการในการยื่นแบบสมัคร
๔. ตรวจประเมินเบื้องต้นเพื่อให้คำแนะนำ
๕. ร่วมตรวจประเมินเพื่อรับรองร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ratta.by๒๖๘@gmail.com
๒. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ E-mail : ruttawadee@yahoo.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๓๒ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๑ ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น

๒. คำนิยาม

๑. Wellness Center หมายถึง สถานที่ซึ่งผู้รับบริการจะได้เรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติทั้งรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส ในวิธีการทำให้ตนเองหรือคนใกล้ชิดหรือครอบครัว มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และความเชื่อ จนเกิดความตระหนักรู้ โดยได้รับคำแนะนำได้รับคำปรึกษาหรือได้รับบริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการฟื้นฟูสภาพของร่างกายและจิตใจ

๒. ประเภทของศูนย์เวลเนสเป็น ๕ ประเภท ดังนี้

๑. ประเภทที่พักนักท่องเที่ยว ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยโรงแรม ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๒. ประเภทภัตตาคาร/ร้านอาหาร ยังไม่มีการบังคับจากกฎหมายที่เป็นการเฉพาะ แต่จะถูกกำกับดูแลจากกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๓. ประเภทร้านนวดเพื่อสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๔. ประเภทสปาเพื่อสุขภาพ ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๕. ประเภทสถานพยาบาล ซึ่งอยู่ภายใต้บังคับของกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล อยู่ในความรับผิดชอบของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
การเพิ่มขึ้นของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	-	๕ แห่ง	เพิ่มขึ้น ๑๓ แห่ง (อำเภอละ ๑ แห่ง)

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับมาตรฐานเส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

๒. เพิ่มมูลค่าให้แก่บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เว็ปไซต์ www.dtamwellnesscenter.com

๒. ฐานข้อมูลสถานประกอบการตามพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ https://spa.hss.moph.go.th พ.ร.บ.สถานพยาบาล เป็นต้น

๖. รายการข้อมูล

๑. ทะเบียนรายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทร้านนวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมความงาม สปา

๒. ทะเบียนรายชื่อร้านอาหารที่ได้รับการรับรอง Clean Food Good Taste

๓. ทะเบียนรายชื่อโรงแรมที่ได้รับการรับรอง Green Hotel

๔. ทะเบียนรายชื่อสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ตรวจประเมินสถานประกอบการตามเกณฑ์รับรอง Wellness Center

๒. ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้เข้าร่วมรับการรับรอง

๓. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้าใช้บริการ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. สำรวจสถานประกอบการร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
๒. เชิญชวนสถานประกอบการในพื้นที่ให้เข้าร่วมรับการรับรอง
๓. อำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ประกอบการในการยื่นแบบสมัคร
๔. ตรวจประเมินเบื้องต้นเพื่อให้คำแนะนำ
๕. ร่วมตรวจประเมินเพื่อรับรองร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ E-mail : ruttawadee@yahoo.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕
ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
ภายใต้วิถีพอเพียง

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๓ : โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๒ : ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๒. คำนิยาม

การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา ธำรงรักษา และใช้ประโยชน์ ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖๗ มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ ๔ ประเด็นดังนี้

๑. มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ

๒. มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง

๒.๑ ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด

๒.๒ ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่ สป.สธ. กำหนดให้เขตสุขภาพ จังหวัด หน่วยงานดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่าง และตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่นและตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อนไปเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ

๒.๓ แผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่ง ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเปลี่ยนชื่อตำแหน่งในสายงาน (ตำแหน่งในสายงานแพทย์และสายงานที่เกี่ยวกับงานบริการทางการแพทย์ ว๑๑/๒๕๖๒) และการเร่งรัดให้หน่วยงานดำเนินการสรรหาและเลือกสรรตำแหน่งว่างพนักงานราชการ

๒.๔ มีการดำเนินการตามแผน หมายถึง การดำเนินการตามข้อ ๔.๑ แผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย โดยการคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒.๕ มีการรายงานผลการดำเนินการตามแผน หมายถึง มีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย รายไตรมาสภายในกำหนด

๒.๕ ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่รายงานผล เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การดำเนินการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ตามแนวทางและเป้าหมายที่ สป.สธ. กำหนด) เทียบกับจำนวนหน่วยงานทั้งหมด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔

ปี ๒๕๖๗

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย	มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๕	มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

๒. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ

๓. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมติ ครม.

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ (ข้าราชการ+พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผลดังนี้

ไตรมาสที่ ๒ ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๗

ไตรมาสที่ ๓ ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ไตรมาสที่ ๔ ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗

B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ+พนักงานราชการ) ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖

สูตรการคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

A: จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล

B: จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่ ๑ ตุลาคม ๖๖

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีกรอบเวลาและแนวทางในการดำเนินงานบริหารตำแหน่งว่างของข้าราชการและพนักงานราชการ

๒. บริหารตำแหน่งว่างข้าราชการและพนักงานราชการ โดยพิจารณาจากตำแหน่งกัน/สงวนจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. จัดทำแผนการขอใช้ตำแหน่งว่างของข้าราชการและพนักงานราชการไปยังเขตสุขภาพที่ ๗

๔. ดำเนินการสรรหา คัดเลือกโดยวิธีที่เหมาะสม

๕. ดำเนินการจัดทำคำสั่งในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีแนวทางในการกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. มีการจำแนกตำแหน่งว่างที่ สป.กัน/สงวนตำแหน่งไว้เพื่อบริหารจัดการในส่วน สป.สธ. รอคืนตำแหน่งว่างจากการเกษียณอายุราชการ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. จัดทำแผนการขอใช้ตำแหน่งข้าราชการและพนักงานราชการ เมื่อทราบตำแหน่งให้แล้วเสร็จภายใน ๒ เดือน

๔. ดำเนินการสรรหาคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับตำแหน่งข้าราชการและพนักงานราชการ

๕. ดำเนินการจัดทำคำสั่งในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุธิดา คณะมะ ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๕๔๕๐๘๙ E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com
นางภัทราภรณ์ ภูมิโยธา ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๖๑๑๑๑๑๖๖ E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com
นายวัชรากร อัปปะมะโน ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๑๗๐๔๔๑ E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๔ : โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓ : ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
๑๑๓.๑ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
๑๑๓.๒ ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อม ต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงาน มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และมีการทำงานเป็นทีม มีการชี้แจงแนวทางการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ การประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหารเพื่อพิจารณาจัดทำแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงานสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย ๙ มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติน้ำใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy Family) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติการงานดี (Happy Work-Life) รวมทั้งมิติความผูกพัน (Happy Engagement) และมิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๐	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ ๓๐	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ ๔๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A / B) x ๑๐๐

A = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด

ปี ๒๕๖๗

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- มีกลไกการสร้างสุขในทุกระดับ - นโยบาย - คณะกรรมการ/คณะทำงาน/นักสร้างสุข - โครงการ/แผนงานสร้างสุข	- มีการนำข้อมูลจากการประเมินความสุขของคนทำงาน Happinometer (การประเมินในปี ๒๕๖๕) มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share)	- มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของกระทรวงสาธารณสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

๒. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม

๕. แหล่งข้อมูล

๑. โรงพยาบาลทั่วไป

๒. โรงพยาบาลชุมชน

๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

๑. ผลการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

๒. การดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. มีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

๒. มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากประเมินผลความสุข และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร

๓. มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและมีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

๔. มีการดำเนินการตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๕. มีการถอดบทเรียนเป็น Success Story และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ข้อ	แนวทางการดำเนินงาน
๑	มีการชี้แจงแนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข ๑. มีการประกาศนโยบายขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ๒. มีการประชุมหรือแจ้งแนวทางการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข
๒	มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากประเมินผลความสุข และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร ๑. มีการนำข้อมูลจากการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำผลประเมินที่ได้มาดำเนินการต่อไป ๒. มีการนำเสนอผลต่อผู้บริหาร
๓	มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและมีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ๑. มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน/แผนสร้างสุข ที่มาจากการวิเคราะห์ผลการประเมินความสุขบุคลากร และแผนได้รับการอนุมัติจากผู้บริหาร ๒. มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน/แผนสร้างสุข มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความสุขแก่บุคลากรตามแผนฯ
๔	มีการดำเนินการตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพกระทรวงสาธารณสุข (เอกสารแนบท้าย
๕	มีการถอดบทเรียนเป็น Success Story และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share) ๑. มีการถอดบทเรียนเป็น Success Story เป็นเอกสาร ๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share) (เผยแพร่ผลการดำเนินงานในการประชุม/เอกสาร/ช่องทางอื่น ๆ)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุธิดา คณะมะ ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๕๔๕๐๘๙ E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com

นางสาววิภาดา คงทรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๗-๙๕๒๙๔๕๙ E-mail : hrd.mkho.moph@gmail.com

แบบรายงานตามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗
หน่วยงาน .....

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๔ โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓ ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
๑๑๓.๑) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
๑๑๓.๒) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน

๑. ชื่อหน่วยงาน .....
๒. จำนวนบุคลากร.....คน
๓. หน่วยงานของท่าน มีกระบวนการสร้างสุขอย่างไร
๓.๑) คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข/คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข
☐ ไม่มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน ☐ มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน
๓.๒) ทีมสร้างสุขหน่วยงาน
☐ ไม่มีทีมสร้างสุขหน่วยงาน ☐ มีทีมสร้างสุขหน่วยงาน
๔. กิจกรรมสร้างสุขที่องค์กรทำมาแล้วมีดังนี้ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐ กีฬา ☐ ท่องเที่ยว ☐ บำเพ็ญประโยชน์
☐ ทำบุญ/พัฒนาจิตใจ ☐ สร้างความสัมพันธ์ ☐ อบรมการดำรงชีวิต ☐
☐ จัดงานตามเทศกาล อื่นๆ(ระบุ).....
รายละเอียด/ภาพกิจกรรม.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
๕. บุคลากรในองค์กรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขตามข้อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
☐ ไม่เคยเลย ☐ อบรม/รับฟังความคิดเห็น ☐ เป็นวิทยากร
☐ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ☐ ขับเคลื่อนนโยบาย ☐ ร่วมรณรงค์
☐ อื่น (ระบุ).....

ส่วนที่ ๒ ตรวจสอบสุขภาวะภาครัฐด้วยตนเอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ☐ ลงในช่อง☐ หน้า ๑-๕ ที่ตรงกับการดำเนินงานขององค์กร พร้อมทั้งระบุรายละเอียดการดำเนินงานนั้นในช่องรายละเอียดทางขวามือ

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	รายละเอียด
หมวดที่ ๑ ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (Success)		
๑) องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม	๑.๑ สำหรับ รพศ. รพท. รพช. ☐ **ไม่ผ่าน**การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ☐ **ผ่าน**การรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ ๑ ☐ **ผ่าน**การรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ ๒ ☐ **ผ่าน**การรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ ๓ ☐ **ผ่าน**การรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ ๓ (reaccredit)	
	๑.๒ สำหรับ รพ.สต. ☐ ไม่เคยได้รับการประเมิน รพ.สต.ติดดาว (จำนวน.....หน่วยงาน) ☐ **ผ่าน**การประเมิน รพ.สต.ติดดาว**อย่างน้อย ๑ หมวด**(จำนวน...หน่วยงาน) ☐ **ผ่าน**การประเมิน รพ.สต.ติดดาว**อย่างน้อย ๒ หมวด**(จำนวน...หน่วยงาน) ☐ **ผ่าน**การประเมิน รพ.สต.ติดดาว**อย่างน้อย ๓ หมวด**(จำนวน...หน่วยงาน) ☐ **ผ่าน**การประเมิน รพ.สต.ติดดาว**ครบทุกหมวด**(จำนวน...หน่วยงาน)	
	๑.๓ สำหรับ สสจ. /หน่วยงานส่วนกลาง ☐ ไม่เคยได้รับการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ☐ ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) **อย่างน้อย ๒ หมวด** ☐ ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) **อย่างน้อย ๔ หมวด** ☐ ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) **อย่างน้อย ๖ หมวด** ☐ ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) **ครบทุกหมวด**	
๒) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	☐ ผู้รับบริการน้อยกกว่าร้อยละ ๒๐ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๑.๐๐-๒.๔๙ ☐ ผู้รับบริการน้อยกกว่าร้อยละ ๒๑-๔๐ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๒.๕๐-๒.๙๙ ☐ ผู้รับบริการน้อยกกว่าร้อยละ ๔๑-๖๐ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๓.๐๐-๓.๕๐ ☐ ผู้รับบริการน้อยกกว่าร้อยละ ๖๑-๘๐ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๓.๕๑-๔.๒๕ ☐ ผู้รับบริการน้อยกกว่าร้อยละ ๘๐ มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๔.๒๖-๕.๐๐	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	รายละเอียด
หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration)		
๓) ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน	☐ ไม่มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน ☐ มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงานและเป็นที่ยอมรับ ☐ มีการดำเนินงานให้ผลตอบแทนการทำงานตามระบบและกลไกที่วางไว้ ☐ มีการตรวจสอบระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน ☐ มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน	
๔) ระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร	☐ ไม่มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร ☐ มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ ☐ มีการดำเนินงานให้สวัสดิการบุคลากรตามระบบและกลไกที่วางไว้ ☐ มีการตรวจสอบระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร ☐ มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร	
๕) ระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร	☐ ไม่มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร ☐ มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ ☐ มีการดำเนินงานให้รางวัลยกย่องบุคลากรตามระบบที่วางไว้ ☐ มีการตรวจสอบระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร ☐ มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร	
๖) ระบบและกลไกของความก้าวหน้าในอาชีพ	☐ ไม่มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ ☐ มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพและเป็นที่ยอมรับ ☐ มีการกำหนดเส้นทางในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ ☐ มีการปฏิบัติและตรวจสอบให้บุคลากรก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตามเส้นทางพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ ☐ มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ	
๗) ระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร	☐ ไม่มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร ☐ มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร ☐ มีการดำเนินการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร ☐ มีการตรวจสอบระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร ☐ มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	รายละเอียด
หมวดที่ ๓ มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (Body & Mind)		
๘) การดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร	☐ ไม่มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร ☐ มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร ☐ มีกิจกรรมการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร ☐ มีการประเมินแนวทางการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร ☐ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม	
๙) การจัดการบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ	☐ ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ☐ มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ☐ มีการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ☐ มีการประเมินผลแนวทางช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ ☐ มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง พัฒนาแผนการปฏิบัติงานตามแนวทาง	
๑๐) การประเมินสุขภาพของบุคลากร (ดัชนีมวลกาย/รอบเอว, สัดส่วนเอวต่อสะโพก, ผลการตรวจทางคลินิก, ผลการตรวจสุขภาพประจำปี)	☐ ไม่มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร ☐ มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร ☐ มีรายงานการประเมินผลสุขภาพของบุคลากร ☐ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร ☐ มีแนวทางส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคลากร	
๑๑) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร	☐ ไม่มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ☐ มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ☐ มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรประจำปี ☐ มีการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากร ☐ มีแนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร	
๑๒) การจัดการความเครียดของบุคลากร	☐ ไม่มีแนวทางการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร ☐ มีแนวทางประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร ☐ มีกิจกรรมการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร ☐ มีการประเมินกิจกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากร ☐ มีแนวปรับปรุงและพัฒนาการจัดการความเครียดของบุคลากร	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	รายละเอียด
หมวดที่ ๓ มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (Body & Mind) (ต่อ)		
๑๓) การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การตายที่มีสาเหตุจากการทำงาน	☐ ไม่มีการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน ☐ มีแนวทางการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน ☐ มีรายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน ☐ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน ☐ มีแนวทางป้องกันและลดประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน	
๑๔) การส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร	☐ ไม่มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน ☐ มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน ☐ มีการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน ☐ มีการนำผลความพึงพอใจในการทำงานมาวิเคราะห์และวางแนวทางการส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร ☐ มีการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นรูปธรรม	
๑๕) การส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร	☐ ไม่มีแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร ☐ มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร ☐ มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร ☐ มีการประเมินกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร ☐ มีแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร	
๑๖) การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน	☐ ไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน ☐ มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน ☐ มีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน ☐ มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน ☐ มีการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	รายละเอียด
หมวดที่ ๔ บรรยากาศในการทำงาน (Atmosphere)		
๑๗) ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง	☐ ผู้นำสูงสุดไม่มีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้นำสูงสุดมีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้นำสูงสุดมีการสื่อสารนโยบายการสร้างสุขสู่บุคลากรทุกระดับ ☐ ผู้นำสูงสุดมีบทบาท/แสดงออกอย่างชัดเจนต่อการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้นำสูงสุดพัฒนาแนวคิด/แนวทางการสร้างสุขในองค์กรอย่างต่อเนื่อง	
๑๘) ผู้บริหารทุกระดับเป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร	☐ ไม่มีผู้บริหารที่เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้บริหารน้อยกว่าร้อยละ ๒๕ เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้บริหารร้อยละ ๒๕ – ๕๐ เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้บริหารร้อยละ ๕๑ – ๗๕ เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร ☐ ผู้บริหารมากกว่าร้อยละ ๗๕ ขึ้นไป เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร	
๑๙) บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร	☐ ไม่มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร ☐ มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร ☐ มีกิจกรรมการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร ☐ มีการประเมินกิจกรรมการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร ☐ มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนากิจกรรมสร้างบรรยากาศ	
๒๐) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี	☐ ไม่มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ☐ มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ☐ มีการลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ☐ มีการประเมินผลการสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ☐ มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม	
๒๑) ความปลอดภัยในการทำงาน	☐ ไม่มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ☐ มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ☐ มีการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ☐ มีการประเมินผลการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน ☐ มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	รายละเอียด
หมวดที่ ๕ การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (Investment)		
๒๒) การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข	☐ ไม่มีคณะทำงานการกับนโยบายองค์กรสร้างสุข ☐ มีคณะทำงานการกับนโยบายองค์กรสร้างสุข ☐ คณะทำงานปฏิบัติตามนโยบายองค์กรสร้างสุข ☐ มีการประเมินการทำงานของคณะทำงาน การกำกับนโยบายฯ ☐ มีการนำผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนาการทำงาน	
๒๓) การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร	☐ ไม่มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการประเมินการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร	
๒๔) การเรียนรู้ในองค์กร	☐ ไม่มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร ☐ มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร ☐ มีกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร ☐ มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้องค์กร ☐ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการเรียนรู้ในองค์กร	
๒๕) การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร	☐ ไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีแนวทางสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร ☐ องค์กรสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการประเมินการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร	
๒๖) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข	☐ ไม่มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร ☐ มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุข ☐ บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการนำผลการประเมินมาพัฒนา/ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากร	
๒๗) กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข	☐ ไม่มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการประเมินคุณภาพของกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร ☐ มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระบวนการประเมิน	

สำรวจข้อมูลจากอำเภอในการประเมินผลการดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี

ผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด ๕ หมวด ได้แก่

หมวดที่ ๑ ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (Success) จำนวน ๒ ข้อ

หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration) จำนวน ๕ ข้อ

หมวดที่ ๓ มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (Body & Mind) จำนวน ๙ ข้อ

หมวดที่ ๔ บรรยากาศในการทำงาน (Atmosphere) จำนวน ๕ ข้อ

หมวดที่ ๕ การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (Investment) จำนวน ๖ ข้อ

รวมทั้งหมดจำนวน ๒๗ ข้อ โดยแต่ละข้อ มีค่าคะแนนตัวเลือก ดังนี้

ตัวเลือกที่ ๑ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๐ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๒ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๒๕ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๓ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๕๐ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๔ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๗๕ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๕ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๑๐๐ คะแนน

เมื่อประเมินครบทุกข้อ นำผลรวมคะแนนที่ได้ หารด้วยคะแนนทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ เพื่อหาค่าร้อยละคะแนน เทียบเกณฑ์ช่วงคะแนนร้อยละ ดังนี้

ช่วงคะแนนร้อยละ ๐.๐๐ - ๔๘.๙๙ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ ต้องรีบปรับปรุง

ช่วงคะแนนร้อยละ ๔๙.๐๐ - ๕๖.๙๙ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ ต้องเพิ่มความใส่ใจ

ช่วงคะแนนร้อยละ ๕๗.๐๐ - ๗๓.๙๙ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ กำลังพัฒนา

ช่วงคะแนนร้อยละ ๗๔.๐๐ - ๑๐๐.๐๐ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ น่าปลื้มที่สุด

สูตรการคำนวณ : (A / ๒,๗๐๐) x ๑๐๐

A = คะแนนการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข

B = คะแนนรวมการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ๒,๗๐๐ คะแนน

แบบรายงานผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
เรื่องราวความสำเร็จ (Success Story) การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

๑. บทสรุปผู้บริหารในการพัฒนาและขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๓. ข้อเสนอแนะต่อกระทรวงสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

.....
.....
.....
.....

๔. ภาพประกอบ หรือคลิปวิดีโอองค์กรแห่งความสุข (ถ้ามี)

ผู้ประสานงาน..... **เบอร์ติดต่อ**.....

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖
ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
(Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๔ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

๒. คำนิยาม

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๕) มาพัฒนาโดยการประยุกต์และปรับปรุงรายละเอียดข้อคำถามเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญและรวมพลังในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก ภายใต้แนวคิดจุดพลังแห่งความร่วมมือ (The Power of Collaboration) การประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะทางเว็บไซต์ของหน่วยงานจะดำเนินการประเมินผ่านแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ทางระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) โดยเป็นแบบวัดที่ให้หน่วยงานเป้าหมายเลือกตอบ มี หรือ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูล และระบุคำอธิบายเพิ่มเติมประกอบคำตอบลงในระบบ MITAS โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงานและประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานเป้าหมายต่อสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการพื้นฐานที่จำเป็นผ่านทางเว็บไซต์หลักของหน่วยงานใน ๙ ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ ๑ การเปิดเผยข้อมูล ตัวชี้วัดที่ ๒ การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ ตัวชี้วัดที่ ๓ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ตัวชี้วัดที่ ๔ การส่งเสริมความโปร่งใส ตัวชี้วัดที่ ๕ การป้องกันการรับสินบน ตัวชี้วัดที่ ๖ การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ ตัวชี้วัดที่ ๗ การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต ตัวชี้วัดที่ ๘ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และตัวชี้วัดที่ ๙ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้ความสำคัญกับการเปิดเผยข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของแต่ละหน่วยงาน และการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศเป็นหลัก (Empowerment)

๓. เพื่อผลักดันให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามดำเนินการป้องกันการทุจริตจากรากฐานของปัญหาหรือความเสี่ยงที่พบภายในหน่วยงาน และนำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการมาบังคับใช้ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ปฏิบัติอย่างทั่วถึง และครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร

๕. แหล่งข้อมูล

หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และนำ URL ที่เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้

ไตรมาส ที่ ๑	ไตรมาส ที่ ๒	ไตรมาส ที่ ๓	ไตรมาส ที่ ๔
ระดับขั้นของความสำเร็จ (๕ ระดับ)	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

๖. รายการข้อมูล

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ในไตรมาสที่ ๔ ร้อยละ ๙๒ โดยให้คะแนนตามคำตอบของหน่วยงานเป้าหมายที่ได้เปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามปฏิทินกำหนด เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็นคำถาม

๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และนำ URL ที่เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ ๑ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๕)

ไตรมาสที่ ๒ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๒๒)

ไตรมาสที่ ๓ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๒๒)

ไตรมาสที่ ๔ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๒๒)

๔. ผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จะตรวจสอบการเปิดเผยข้อมูลตามแบบวัด MOIT

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็นคำถาม

๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๓. หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และนำ URL ที่เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ ๑ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๕)

ไตรมาสที่ ๒ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๒๒)

ไตรมาสที่ ๓ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๒๒)

ไตรมาสที่ ๔ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (MOIT๑ - MOIT๒๒)

๔. ผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จะตรวจสอบการเปิดเผยข้อมูลตามแบบวัด MOIT

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

เป้าหมายการประเมิน ITA ยังไม่ครอบคลุมถึงในระดับตำบล จึงให้ศึกษาแนวทางการดำเนินงานจากหน่วยงานในระดับอำเภอ

เงื่อนไขทั่วไป

๑. หน่วยงานจะต้องเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน

๒. หน่วยงานจะต้องรักษาคงสภาพเว็บไซต์หลักของหน่วยงานให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ทุกช่วงเวลา

๓. หน่วยงานจะต้องอธิบายให้ชัดเจนว่าข้อมูลที่เปิดเผยอยู่ในตำแหน่งใดบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายวิทวัส ละอองทอง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน

๓. นางสาวจรรทิวา ราชพรหมา ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๕ : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๓๐)

๒. คำนิยาม

การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ ทั้งนี้ ในระยะ ๑-๓ ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นับรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	๓๐	๓๐	๓๐
ความสำเร็จในการควบคุมการเบิกจ่ายตามระบบ control minimum stock	N/A	N/A	๕

๔. วัตถุประสงค์

การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ มียาเพียงพอ พร้อมใช้ สำหรับการให้บริการผู้ป่วย และลดต้นทุนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

๕. แหล่งข้อมูล

๑. แบบรายงานผลการดำเนินงานการบริหารเวชภัณฑ์
๒. การประเมิน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑

A = มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล ๒ โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมปริมาณการเบิกจ่ายและคงเหลืออย่างเหมาะสมใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (Control minimum stock system)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานปี ๒๕๖๗

๑. สนับสนุนให้คณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบระยะเวลาและบทบาทหน้าที่

๒. นำเทคโนโลยีมาใช้ในการกำกับ ติดตาม รายงานผลการดำเนินงานให้เป็นปัจจุบัน

๓. สนับสนุนให้มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบการจัดซื้อจัดหาและการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า ลดขั้นตอน ข้อมูลเชื่อถือได้ ถูกต้องตามระเบียบ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาจัดซื้อร่วม ระดับเขต

๒. จัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด

๓. ดำเนินการจัดทำรายการจัดซื้อร่วมระดับเขตและจังหวัด

๔. ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวของระดับจังหวัดเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน

๕. นิเทศติดตามและประเมินการดำเนินงาน

๖. สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๙๕-๔๑๗๑๕๖๕ E-mail : kanja.jamm@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๖ : ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

๒. คำนิยาม

"การควบคุมภายใน" หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

<u>แนวคิด</u>

๑. การควบคุมภายในเป็นกลไกที่จะทำให้หน่วยงานของรัฐบรรลุวัตถุประสงค์การควบคุมภายในด้านใดด้านหนึ่ง หรือหลายด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

๒. การควบคุมภายในเป็นส่วนประกอบที่แทรกอยู่ในการปฏิบัติงานตามปกติของหน่วยงานของรัฐ การควบคุมภายในเป็นสิ่งที่ต้องกระทำอย่างเป็นขั้นตอนและต่อเนื่อง มิใช่เป็นผลสุดท้ายของการกระทำ

๓. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยงานของรัฐ โดยผู้กำกับดูแล ฝ่ายบริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ตรวจสอบภายใน เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำให้มีการควบคุมภายในเกิดขึ้น ซึ่งไม่ใช่เพียงการกำหนดนโยบาย ระบบงาน คู่มือการปฏิบัติงานและแบบฟอร์มดำเนินงานเท่านั้น หากแต่ต้องมีการปฏิบัติ

๔. การควบคุมภายในสามารถให้ความเชื่อมั่นอย่างสมเหตุสมผลว่าจะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดของหน่วยงานของรัฐ อย่างไรก็ตาม การควบคุมภายในที่กำหนดก็อาจจะไม่สามารถให้ความมั่นใจแก่ผู้กำกับดูแล และฝ่ายบริหารว่าการดำเนินงานจนบรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างสมบูรณ์

๕. การควบคุมภายในควรกำหนดให้เหมาะสมกับโครงสร้างองค์กรและภารกิจของหน่วยงานของรัฐ

<u>วัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน</u>

๑. วัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน (Operations Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงาน ด้านการเงิน ตลอดจนการใช้ทรัพยากร การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดของหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานของรัฐ

๒. วัตถุประสงค์ด้านการรายงาน (Reporting Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรายงานทางการเงินและไม่ใช่การเงิน ที่ใช้ภายในและภายนอกหน่วยงานของรัฐ รวมถึงการรายงานที่เชื่อถือได้ทันเวลา โปร่งใส หรือข้อกำหนดอื่นของทางราชการ

๓. วัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ (Compliance Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งข้อกำหนดอื่นของทางราชการ

<u>องค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน</u>

หน่วยงานของรัฐได้กำหนด วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ วัตถุประสงค์ ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละหน่วยงาน การควบคุมภายในจะเป็นเครื่องมือสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐสามารถขับเคลื่อนการปฏิบัติงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ทั้งนี้ การควบคุมภายในจะประกอบด้วย ๕ องค์ประกอบ ๑๗ หลักการ ดังนี้

๑. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)

๒. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)

๓. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)

๔. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications)

๕. การติดตามประเมินผล (Monitoring Activities)

ตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๑ โดยมาตรา ๗๙ บัญญัติให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้ถือปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดวางระบบการควบคุมภายใน และประเมินผลการควบคุมภายในตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนดไว้อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และเสนอรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้ผู้กำกับดูแลและกระทรวงเจ้าสังกัด ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณหรือสิ้นปีปฏิทิน แล้วแต่กรณี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสม เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน

๕. แหล่งข้อมูล

กำหนดให้ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานจัดวางและประเมินระบบการควบคุมภายใน และกำหนดให้มีการส่งรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ ๑ ครั้ง ดังนี้

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน

๒) โรงพยาบาลมหาสารคาม พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน

๓) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน

๔) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง พร้อมด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด

๖. รายการข้อมูล

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานจัดวางและประเมินระบบการการควบคุมภายใน และกำหนดให้มีการส่งรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายในประจำปี ดังนี้

- หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๑)
- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔)
- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ หรือ ๔ คะแนนขึ้นไป

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน

สูตรคำนวณ : (A x ๑๐๐) /B

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. ผู้บริหารกำหนดให้ผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงาน และจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบโดยตรง

๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

๓. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายในประจำปี

๔. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนามและจัดส่งให้ผู้กำกับดูแลและกระทรวงเจ้าสังกัด ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

- หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๑)
- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔)
- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

๒. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายในประจำปี

๓. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนามและจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔)
- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงาน

๒. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายในประจำปี

๓. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนามและจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ

- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔)
- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายวิทวัส ละอองทอง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ

๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

๓. นางสาวจรรทิวา ราชพรหมมา ตำแหน่ง นักวิชาการการเงิน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๗ : ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา (๔๕ วัน) (ร้อยละ ๙๐)

๒. คำนิยาม

เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องที่ผู้รับบริการจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และหน่วยงานในสังกัดในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งเรื่องร้องเรียนที่ได้รับเรื่องจากช่องทางอื่นหรือส่วนราชการอื่นส่งมาให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา		๑๐๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

ทะเบียนรับเรื่อง รอบการรายงานทุก ๖ เดือน (มีนาคม, กันยายน)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

พัฒนากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้มีประสิทธิภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานการบริหารจัดการเรื่องเรียน ร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๓. จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแนวทางการดำเนินงานและสรุปผลงานที่ผ่านมา

๔. จัดระบบรายงาน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

๕. ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติในการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

๖. ประเมินผลการดำเนินงาน

๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสรินดา ศรีปน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๗๗๗๙๗๒ ต่อ ๒๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๖๖๑๔๗๗๓
โทรสาร : ๐๔๓-๗๗๗๙๗๐
๒. นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๗๗๗๙๗๒ ต่อ ๒๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๑๐๓๓๓๘
โทรสาร : ๐๔๓-๗๗๗๙๗๐ E-mail : wanpen.tan@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๘ : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้ (๑) สำนัก/กอง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน ๑๒ สำนัก/กอง (๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ แห่ง (๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ ดังนี้

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๒. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้

พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น	
๒๕๖๖	๑ หมวด	บังคับหมวด ๒ ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก ๑ หมวด
๒๕๖๗	๑ หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการ ตามหมวดที่พร้อม ปีละ ๑ หมวด (ในหมวด ๑, ๓, ๔, ๕, ๖)
๒๕๖๘	๑ หมวด	
๒๕๖๙	๑ หมวด	
๒๕๗๐	๑ หมวด	

๓. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด ๑-๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)

๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวดละ ๑ แผน

๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น ๒ ตัวชี้วัดรวม ๓๖ ตัวชี้วัด

๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

๗. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๘. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

ระดับความสำเร็จ หมายถึง (๑) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน (๒) ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด (๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) (๔) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗) (๕) มีความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การ ที่สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานราชการปรับปรุงองค์การอย่างรอบด้านและอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง ๗ ด้าน/หมวด คือ

๑. การนำองค์การ เป็นการประเมินการดำเนินการของผู้บริหารในเรื่องวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินการ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกระจายอำนาจการตัดสินใจ การสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้ในส่วนราชการ การกำกับดูแลตนเองที่ดี และดำเนินการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน

๒. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เป็นการประเมินวิธีการกำหนดและถ่ายทอดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กลยุทธ์หลัก และแผนปฏิบัติราชการ เพื่อนำไปปฏิบัติและวัดผลความก้าวหน้าของการดำเนินการ

๓. ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการประเมินการกำหนดความต้องการ ความคาดหวังและความนิยมชมชอบ การสร้างความสัมพันธ์ และการกำหนดปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจ

๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เป็นการประเมินการเลือก รวบรวม วิเคราะห์ จัดการ และปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศ และการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์การ

๕. บุคลากร เป็นการประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ การสร้างความผาสุกและแรงจูงใจของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรพัฒนาตนเองและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ตามทิศทางองค์การ

๖. การปฏิบัติการ เป็นการประเมินการจัดการกระบวนการ การให้บริการ และกระบวนการอื่นที่ช่วยสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกระบวนการสนับสนุน เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์การ

๗. ผลลัพธ์การดำเนินการ เป็นการประเมินผลการดำเนินการและแนวโน้มของส่วนราชการในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพ และมิติด้านการพัฒนาองค์การ

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ จำนวน ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ จำนวน ๑๓ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม จัดส่งภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗ ๒. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๑-๖ (แบบฟอร์ม ๒) จัดส่งภายในวันที่	๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๗ ๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๗	๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๗ ๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๗	๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๑๒ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗ ๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๕ มกราคม ๒๕๖๗ ๓. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน จัดส่งภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗ ๔. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น ๒ ตัวชี้วัดรวม ๓๖ ตัวชี้วัด และจัดส่งภายในวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗			๓. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จำนวน ๕ หน้า ดังนี้ ๓.๑ แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินงาน ๓.๒ ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น ๓.๓ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๓.๔ สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม ๕) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๗

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. พัฒนาศักยภาพ Project manager (PM) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยปี ๒๕๖๗ ดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั้ง ๗ หมวด

๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยดำเนินการจัดทำองค์ความรู้ตาม ๔ ประเด็นคือ ๑) ประเด็นโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ๒) ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข และ ๖ ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗ ๓) ประเด็น PA จังหวัดมหาสารคาม และ ๔) งานประจำของแต่ละกลุ่มงาน

๓. การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ โดยดำเนินการ ดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์การ ยกระดับการพัฒนามุ่งสู่องค์กรยกระดับเพิ่มผล (Leverage Organization) ในงานบริการสุขภาพ แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ถ่ายทอดขยายผลไปสู่องค์กรอื่น

หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ยกระดับการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ให้บรรลุเป้าหมายของจังหวัด ปี ๒๕๖๗

หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ยกระดับการพัฒนาเพื่อยกระดับความพึงพอใจและความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปี ๒๕๖๗

หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ยกระดับการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล/ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสร้างนวัตกรรม ยกระดับการประเมินผลการดำเนินงาน ประสิทธิผลของการวิจัยและพัฒนา

หมวด ๕ บุคลากร ยกระดับการพัฒนาระบบการวางแผนและการจัดอัตรากำลังคนให้สอดคล้องกับโครงสร้างอัตรากำลัง

หมวด ๖ การปฏิบัติการ ยกระดับการพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อมุ่งสู่นวัตกรรม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒. ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๓. ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์การ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้และหมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ

๔. การพัฒนา Data Center ของกลุ่มงาน โดยจัดทำแผนพัฒนาองค์การการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ โดยแต่งตั้งคณะทำงาน Data Center ของกลุ่มงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ซึ่งได้จัดทำ Data Center ทั้ง ๑๔ กลุ่มงานทางเว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม http://203.157.185.3/dc-mkho/frontend/web/ โดยมีเนื้อหาในการจัดทำประกอบด้วย ๑) เว็บไซต์พื้นฐานองค์กรภาครัฐ ๒) ระบบงานที่กลุ่มงานใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับส่วนกลางและร่วมกับหน่วยงานในกำกับ ๓) มาตรฐานคู่มือการดำเนินงานทั้งหมดของกลุ่มงาน ๔) ระบบข้อมูลสำคัญของกลุ่มงานที่ใช้ปฏิบัติงาน ๕) ช่องทางสื่อสารของกลุ่มงานกับหน่วยงานในกำกับ และ ๖) อื่นๆ ที่กลุ่มงานจำเป็นต้องมี/ใช้ในการปฏิบัติงาน

๕. บูรณาการกับการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูง องค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRD) และการขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH

๖. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๗. บูรณาการกับการพัฒนางานวิชาการจังหวัดมหาสารคาม

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Show & Share) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๙. ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

๑๐. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “PMQA สสอ.มหาสารคาม” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๑๑. รายงานผลการดำเนินงานในระบบ KPI Version ๓ ตาม Small success แต่ละไตรมาส

๑๒.การรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านทางเว็บไซต์ http://opdc.moph.go.th/ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตาม Small success แต่ละไตรมาส

๑๓. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ จำนวน ๑ หมวด เพื่อรับการตรวจประเมิน Site-visit ณ พื้นที่ปฏิบัติงาน จาก

คณะกรรมการตรวจประเมินของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแสดงผลรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๓. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในหมวดที่ดำเนินทั้ง ๖ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้ หมวด ๕ บุคลากร และหมวด ๖ การปฏิบัติการ เพื่อหาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement : OFI)

๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน

๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อครบ ๑๘ ข้อ รวมอย่างน้อย ๑๘ ตัวชี้วัด

๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

๗. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๘. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐ E-mail : sangudchua@yahoo.com
๒. ดร.รัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : rutchaneevipa@yahoo.com
๓. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๒๔๒๔๑๕๑ E-mail : siri.mkho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๙ : ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

๑๑๙.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

๑๑๙.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

๒. คำนิยาม :

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง

- โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑ แห่ง (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๓ มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง ๓ ปี)

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้

- **HA ขั้น ๑ หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง
- **HA ขั้น ๒ หมายถึง** โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ขั้น ๒
- **HA ขั้น ๓ หมายถึง** โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

A-HA หรือ Advanced HA คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง Advanced HA (A-HA) ได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแรงและมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป

โรงพยาบาลมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น ๓ หรือ Re-Accreditation หรือ Advanced HA โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

๑. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ขั้น ๓ หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ เช่น R๑, R๒, R๓ เป็นต้น หรือ Advanced HA (A-HA)

๒. โรงพยาบาลที่มีผลการรับรอง ขั้น ๓e อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ Re accredit ครั้งต่าง ๆ ที่ผลการรับรองหมดอายุ (e) เช่น R๑e, R๒e, R๓e เป็นต้น แต่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง หรือ A-HAe ที่อยู่ระหว่างต่ออายุการรับรอง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายละเอียด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๓	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย **:** ๑. โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของ สถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น ๑-๓ และ Advanced-HA

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น ๓ + Reaccredit + ๓e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e, R๓e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ+ A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ แห่ง

รายการข้อมูล ๓ C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น ๓ + Reaccredit + ๓e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e, R๓e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ

รายการข้อมูล ๔ D = โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๑๑ แห่ง)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑. = (A/B) x ๑๐๐

๒. = (C/D) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

ประเภท	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๙	ร้อยละ ๙๐

ปี ๒๕๖๗ :

ประเภท	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๘๙	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๑	ร้อยละ ๙๒

ปี ๒๕๖๘ :

ประเภท	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๑	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๓

ปี ๒๕๖๙ :

ประเภท	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๙๑	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๓	ร้อยละ ๙๔

ปี ๒๕๗๐ :

ประเภท	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๓	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๕

เงื่อนไข : ๑. โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ แห่ง

๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑ แหง (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๓ มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง ๓ ป)

๓. ผ่านการรับรอง HA ขั้น๓ + Reaccredit + ๓e อยู่ระหว่างตออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e, R๓e เป็นตน) แต่อยู่ระหว่างตออายุ

เอกสารสนับสนุน : เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของ สถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น ๑-๓ และ Advanced-HA

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. รับนโยบายระดับประเทศและแนวทางระดับเขต

๒. จัดทีมพี่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพื่อร่วมทีมพี่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๗

๓. จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับอำเภอ เพื่อร่วมทำแผนเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้ทันตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กำหนด

๔. นิเทศงานระดับอำเภอ (มกราคม)

๕. จัดประชุมเสริมพลังและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย QLN/HACC /เขตสุขภาพที่ ๗ ให้โรงพยาบาลเป้าหมาย

๖. ติดตามความก้าวหน้าการเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมประเมินให้ทันห้วงเวลาที่กำหนด ร่วมกับผู้ประสานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

๗. รายงานความก้าวหน้าผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. เข้ารับการประชุมชี้แจงแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด (พฤศจิกายน)

๒. ทำแผนเพื่อขอรับการทำแผนเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้ทันตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กำหนด

๓. โรงพยาบาลส่งแผนขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อรายงานผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

๔. โรงพยาบาลส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ล่วงหน้าตามกำหนด

๕. โรงพยาบาลจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายให้ได้ตามมาตรฐาน ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน เช่น CPG Fast track, IC, LAB, RDU, เภสัชกรรม, Patient safety

๖. การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหมวดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชนให้บูรณาการกับมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อช่วยสนับสนุนให้ รพ.สต.ในพื้นที่มีการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว

๗. โรงพยาบาลจัดทีมพี่เลี้ยงเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA สู่การพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต.เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ

๘. โรงพยาบาลรับการเยี่ยมประเมิน HA และการรับรองผล

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ร่วมเป็นเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อมโยงมาตรฐานจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.ติดดาว

๒. ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของเครือข่าย ให้ได้ตามมาตรฐาน ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน เช่น IC, LAB, RDU, เภสัชกรรม, Patient safety

๓. พัฒนาคุณภาพร่วมกับแม่ข่ายโรงพยาบาลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว เพื่อให้เกิดคุณภาพที่เชื่อมโยงและบูรณาการ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์ โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐
Email : pkhu.ombre@gmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางดวงดาว ราตรีสุข โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘๖๐๓๖
E-mail : duangdao.nid๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๐ ร้อยละของ หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒. คำนิยาม

๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU/NPCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖ ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ เรื่องมาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๕ แห่ง พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อรองรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วยแนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในส่วนต่าง ๆ ทั้ง ๘ ส่วน ดังต่อไปนี้

(๑) ส่วนที่ ๑ ระบบบริหารจัดการ
(๒) ส่วนที่ ๒ การจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ
(๓) ส่วนที่ ๓ สถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม
(๔) ส่วนที่ ๔ ระบบสารสนเทศ
(๕) ส่วนที่ ๕ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
(๖) ส่วนที่ ๖ ระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
(๗) ส่วนที่ ๗ การจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
(๘) ส่วนที่ ๘ ระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

๓. การรับรองผลโดย อำเภอ จังหวัด และ เขต ร่วมพัฒนาและรับรองผล หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖ โดยรักษาสภาพ ๓ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพ จำนวน ๑๓ อำเภอ มีแผนการจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ระยะเวลา ๑๐ ปี (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๗๒) จำนวน ๘๖ ทีม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ และได้ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามตาม

พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สังกัดกระทรวงสาธารณสุข นั้น เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีมาตรฐานเท่าเทียมกันทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกระทรวงมหาดไทย อีกทั้งเป็นการควบคุมมาตรฐานในหน่วยที่ขึ้นทะเบียนแล้ว และพัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น PCU /NPCU ในหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	-	-	ร้อยละ ๗๕

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๗

	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)
Small success	- แต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาและประเมินระดับอำเภอ, คณะกรรมการประเมินระดับ โซน จังหวัด - พัฒนาศักยภาพทีมประเมิน - คู่มือและจัดทำรูปแบบและแนวทางการประเมิน	-รพ.สต. ประเมินตนเอง - คณะกรรมการพัฒนาและประเมินระดับอำเภอพัฒนา รพ.สต. เพื่อรับการประเมิน - ส่งผลการประเมินให้คณะกรรมการระดับจังหวัด	- คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมินรับรองผล	- รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

การกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ เครื่องมือพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูล

หน่วยบริการปฐมภูมิ ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ.ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินมายัง สสป.

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ผลการประเมิน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐาน
รายการข้อมูล ๒	B = หน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ถ่ายทอดนโยบายและชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

๒. นิเทศ และ กำกับติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนา

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงาน	
<u>ระดับจังหวัด</u>	๑. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ระดับจังหวัด ๓. พัฒนาศักยภาพทีมประเมินระดับจังหวัดและระดับโซน ๔. ประสานงานการประเมินรับรองระดับเขตสุขภาพ และประเทศ ๕. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียน Best practice ประเด็น OTOP ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการกับการดำเนินงานตามกลไกประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะ
<u>ระดับโซน/อำเภอ</u>	๑. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและประเมิน ระดับอำเภอ ๓. พัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาและประเมินระดับอำเภอ ๔. ประเมินรับรองระดับอำเภอ ๕. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียน Best practice ประเด็น OTOP
<u>ระดับตำบล</u>	๑. ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๒. วิเคราะห์ และสรุปส่วนขาด ทำแผนพัฒนา ๓. บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๔. สรุปผลงานของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๓๖๔๔๑๖๔ อีเมลล์ : sumalee_91206 @hotmail.com
๒. นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๘๑๐๓๘ อีเมลล์ : supapron_2012 @hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๑. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)

๑๒๑.๑ ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

๑) ร้อยละสถานบริการระดับ รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)

๒) ร้อยละสถานบริการระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)

๑๒๑.๒ จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

๒. คำนิยาม

การพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart service) คือ การพัฒนาให้มี สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง ๓ ด้าน

๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการ ทั้งภายในและภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบต่อชุมชน

๒. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) : การให้บริการแกผู้รับบริการที่ไมมีข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงานและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้รับบริการจนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจและความรูสึกพิเศษ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ ร้อยละของสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
รพท.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
รพช.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๒ จำนวนสถานบริการต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ระดับ รพท. ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ รพท. ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ รพท. ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ รพท. ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ รพท. ร้อยละ ๑๐๐
ระดับ รพช. ≥ ร้อยละ ๕๐	ระดับ รพช. ≥ ร้อยละ ๗๐	ระดับ รพช. ≥ ร้อยละ ๘๐	ระดับ รพช. ≥ ร้อยละ ๙๐	ระดับ รพช. ≥ ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้างและระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการไดอย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ แหง แบ่งเป็น

- กลุ่มระดับ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) จำนวน ๑ แหง
- กลุ่มระดับโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) จำนวน ๑๒ แหง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. สถานบริการพยาบาล ทุกแห่ง มีคณะกรรมการดำเนินงาน และมีผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ EMS ของกระทรวงสาธารณสุข และบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผล และจัดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกไตรมาส

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ออกนิเทศติดตาม ตรวจสอบและรวบรวมข้อมูลผลการประเมินและจัดส่งสำนักงาน เขตสุขภาพที่ ๗ ทุกไตรมาส

๓. สำนักงานเขตสุขภาพ ที่ ๗ ออกประเมินในระดับพื้นที่และรวบรวมผลการประเมินผลส่งกองบริหารการสาธารณสุข ทุกไตรมาส และกองบริหารการสาธารณสุข สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ แห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล/สูตรการคำนวณ

รายการข้อมูล ๑

A๑ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯขั้นพื้นฐาน (The must)

A๒ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯขั้นพื้นฐาน (The must)

A๓ = จำนวนสถานบริการต้นแบบ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

รายการข้อมูล ๒

B๑ = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพท. จำนวน ๑ แหง

B๒ = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน ๑๒ แหง

๖.๑ เกณฑ์การให้คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนจากระดับความสำเร็จที่ดำเนินการการพัฒนาตามเกณฑ์ EMS

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จในการพัฒนาตามเกณฑ์ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	√				
๒	√	√			
๓	√	√	√		
๔	√	√	√	√	
๕	√	√	√	√	√

โดยที่ : สำหรับสถานพยาบาล/(โรงพยาบาล ระดับ S, M๑, M๒, F๑, F๒, F๓) ดำเนินการพัฒนาดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	โรงพยาบาลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานตามนโยบาย EMS มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ EMS กระทรวงสาธารณสุข
๒	โรงพยาบาลมีกิจกรรม การสำรวจและป้องกันความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ปัญหา นำปัญหามาทบทวน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ตามแนวทางระบบบริการก้าวหน้า EMS
๓	โรงพยาบาลมีกิจกรรมการพัฒนา และมีการดำเนินงานตามแผน เพื่อแก้ไขปัญหาป้องกันความเสี่ยงตามฯ นโยบาย EMS ได้ครอบคลุมทั้ง ๓ ด้าน
๔	โรงพยาบาลที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการก้าวหน้า EMS จะต้องผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ ผ่านการรับรองมาตรฐาน Green&Clean Hospital Plus
๕	โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินงาน

๖.๒ ระยะเวลาประเมินผล รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน

๖.๓ เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	๑. สถานบริการมีการ พัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่ม ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๒. มีสถานบริการต้นแบบ ในการพัฒนาตามนโยบาย EMS ผ่านเกณฑ์การ ประเมินในระดับขั้นสูง (The best) อย่างน้อยร้อยละ ๕๐	-	๑. สถานบริการมีการ พัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่ม ผ่านเกณฑ์การ ประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ ๒. มีสถานบริการต้นแบบในการพัฒนาตามนโยบาย EMS ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับขั้นสูง (The best) อย่างน้อยร้อยละ ๗๐

๖.๔ รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	NA	NA	- รพท. ร้อยละ ๑๐๐ - รพช. ร้อยละ ๑๐๐
๒. สถานบริการต้นแบบ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	จำนวน ๑ แห่ง	NA	NA	จำนวน ๕ แห่ง - รพ.มหาสารคาม - รพ.บรบือ - รพ.กันทรวิชัย - รพ.ยางสีสุราช - รพ.วาปีปทุม

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. รับนโยบายระดับประเทศและแนวทางระดับเขต

๒. จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS เพื่อร่วมทำแผนการดำเนินงานพัฒนาสถานบริการตามเกณฑ์การพัฒนา ๕ ขั้นตอน ประกอบด้วย ๓ ด้าน (ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความทันสมัย ด้านบริการด้วยหัวใจ)

๓. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาลโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและบูรณาการกับเกณฑ์โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN Hospital Challenge

๔. ติดตาม นิเทศ/ประเมินรับรองฯ และรวบรวมข้อมูลผลการประเมินและจัดส่งสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗ ทุกไตรมาส

๕. สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๗ สุ่มออกประเมินในระดับพื้นที่ และรวบรวมผลการประเมินส่งกองบริหารการสาธารณสุขทุกไตรมาส และกองบริหารการสาธารณสุข สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงานส่งสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายงานความก้าวหน้าผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานตามนโยบาย EMS

๒. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ EMS โดยบูรณาการกับเกณฑ์โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN Hospital Challenge เพื่อวางแผน ดำเนินการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ระดับขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best)

๓. โรงพยาบาลจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพื่อรับรอง HA ขั้น ๓ และการรับรองมาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Plus เพื่อขอรับการประเมินสถานบริการตามนโยบาย EME ในระดับที่สูงขึ้นจากทีมตรวจประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเขตสุขภาพที่ ๗

๔. ประชุมชี้แจงเกณฑ์ฯ พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล

๕. โรงพยาบาลจัดทีมพี่เลี้ยงเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน EMS สู่การพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต.เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อและสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่าต่อเนื่องในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ

๖. โรงพยาบาลรับการเยี่ยมประเมิน EMS และการรับรองผล

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. ดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN (GREEN&CLEAN Hospital Sub-district)

๒. ขยายเครือข่ายการพัฒนา GREEN&CLEAN สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN&CLEAN Community

๓. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๔. ร่วมเป็นเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อมโยงมาตรฐานจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.ติดดาว

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐ Email: pkhu.ombre@gmail.com
ผู้จัดเก็บข้อมูล : ธนิยาณัฐ แก้วม่วง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๒. การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง

๒. คำนิยาม

การรับรองคุณภาพการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial Network Accreditation : PNC) คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการ Provincial Network Accreditation ได้นั้น จะต้องเป็นเครือข่ายสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาล มีพื้นฐานของระบบคุณภาพที่แข็งแรงและมีความพร้อมในการพัฒนา มีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กร สู่การพัฒนามาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการ Provincial Network Accreditation : PNC) จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) และผู้ป่วยนอก (ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง	NA	ผ่านการรับรองคุณภาพ	ผ่านการรับรองคุณภาพ

๔. วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

๑. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๒. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
๓. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของ สถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น ๑-๓ และ Advanced-HA และการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการ และการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการ

๒. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนเครือข่ายบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองตามเกณฑ์คุณภาพ PNC

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนเครือข่ายบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล จัดเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรอง ของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น ๑-๓ และ Advanced-H และการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเครือข่ายบริการ

๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดบริการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย

๓. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย

๔. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาล โรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษา ในระดับตติยภูมิ

๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๖. วิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

๗. เสนอผลการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. รพ.ทุกแห่ง จัดระบบการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ภายใต้ข้อตกลงการจัดบริการสู่เป้าหมายการรับรองคุณภาพตามแผนพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมองและเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

๒. รพ.ทุกแห่งดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ตามแนวทางการจัดบริการรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ และยกระดับการส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ และทีมส่งต่อผู้ป่วย

๔. ปรับระบบการจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการและแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ

๕. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (output) นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention and Pre-hospital) โรคหลอดเลือดสมอง

๑.๑ Fast track Alert และ Pre-hospital care(EMS) โรคหลอดเลือดสมองและการใช้บริการระบบ EMS เรียก ๑๖๖๙

๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง

๒. เพิ่มประสิทธิภาพ ระบบการส่งต่อ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ

๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน Fast Track โรคหลอดเลือดสมอง

๔. ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕ E-mail : Tipa_mung๐๐๑@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๓. จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดการระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลหนึ่ง ไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่น ๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS : Hospital Information System) รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine”

บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวานรหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง รหัส I10-I15 จากรหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)

โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้

เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัดและโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อย่างน้อย เขตสุขภาพละ ๓ จังหวัด

๑. โรงพยาบาลจะต้องมีบริการการแพทย์ทางไกลและการเตรียมการดังนี้

๑.๑. ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑.๒. มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบของกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิตอลทางการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกลและอื่น ๆ (รายละเอียด ตามร่างคณะกรรมการดิจิตอลทางการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย)

๑.๓. มีระบบสารสนเทศ Telemedicine/Telehealth

๑.๔. มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน

๑.๕. มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือ ญาติ ของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ

๒. โรงพยาบาลมีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่าง ๆ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า ๓,๕๐๐ ครั้ง	มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า ๕,๕๐๐ ครั้ง	มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของบริการทุกประเภท	มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของบริการทุกประเภท	มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของบริการทุกประเภท

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ

๒. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th

๒. ประสานฉายข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมายจาก สปสช.

๖. รายการข้อมูล

วิธีจัดเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลและรายงานผลระดับโรงพยาบาลจังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health Data Center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศทำการดึงข้อมูลเพื่อ

๑. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย

๒. คำนวณร้อยละการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ

๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน บริการการแพทย์ทางไกล

๓. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานภายใน งานภายใน

๒. จัดให้มีบริการการแพทย์ทางไกล ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. บันทึกข้อมูล รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” นำส่งเข้า HDC

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

ประชาสัมพันธ์ การใช้งาน การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine ให้ประชาชนเข้าถึงบริการในผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายสุเมธ ระโยธี ตำแหน่ง : นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๕๕๑๖๗๗ E-Mail : sumatbcs@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๔ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับ Hospital Accredit Information Technology (HAIT)

๒. คำนิยาม

๑. HAIT หมายถึง การกำหนดมาตรฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศต่าง ๆ ที่จำเป็นสอดคล้องกับมาตรฐานของประเทศหรือมาตรฐานสากล ได้แก่ มาตรฐานข้อมูล มาตรฐานรหัสข้อมูล มาตรฐานการปฏิบัติงาน มาตรฐานความปลอดภัยและความลับของผู้ป่วย มาตรฐานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ มาตรฐานทางกายภาพและสภาพแวดล้อม เพื่อให้โรงพยาบาลมีมาตรฐานที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

๒. โครงสร้างและบทบาท (Structure and Role) หมายถึง โรงพยาบาลมีการจัดให้มีกำหนดเป้าหมาย และการอภิบาล นโยบาย แผนงาน และโครงสร้างหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ความชัดเจน รวมทั้งมีอัตรากำลังบุคลากรที่ทำงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อให้แน่ใจได้ว่า ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลจะสามารถตอบสนองการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุด

๓. เทคโนโลยี (Technology) หมายถึง การเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม จัดให้มีการใช้เทคโนโลยีอย่างเป็นระบบ มีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาล ซึ่งนับว่าเป็นหัวใจของการใช้งานอย่างคุ้มค่า สะดวก ปลอดภัย อย่างไรก็ดีเทคโนโลยีสารสนเทศมาพร้อมกับความเสี่ยง ซึ่งรวมทั้งการสะดุดหยุดลงของงาน การสูญเสียข้อมูลที่สำคัญทั้งโดยบังเอิญจากความผิดพลาดของระบบและการจงใจจากผู้ประสงค์ร้าย รวมทั้งการถูกล้วงความลับข้อมูลของโรงพยาบาลโดยผู้ไม่มีสิทธิ จึงจำเป็นต้องมีการจัดการเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้น้อยที่สุด

๔. บุคลากร (People) หมายถึง เจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศบุคลากร มีการจัดการทรัพยากรบุคคลด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาและใช้งานเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเพียงพอ

๕. กระบวนการ (Processes) หมายถึง มีการออกแบบและการจัดการระบบงาน กระบวนการการให้บริการและสนับสนุนงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่ตอบสนองต่อบริบทของโรงพยาบาล เพื่อให้แน่ใจว่าการให้บริการด้านสุขภาพเป็นไปอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. การควบคุม (Control) หมายถึง การมีระบบการควบคุมการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ จะทำให้แน่ใจได้ว่าการดำเนินงานจะเป็นไปตามระบบ และแผนงานที่วางไว้ การควบคุมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ถือเป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมภายในของหน่วยงาน

๗. การวัด (Metrics) หมายถึง มีการกำหนดตัวชี้วัด และวัดผลที่สามารถใช้ในการติดตามเฝ้าระวังและตรวจสอบการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล ว่าเป็นไปอย่างถูกต้องเหมาะสมและบรรลุวัตถุประสงค์ การวัดและประเมินผลควรกระทำในทุก ๆ หมวดของกรอบการพัฒนาเพื่อลดการใช้ความเห็นของบุคคลในการตัดสินใจ การวัดที่สำคัญ

๘. ข้อมูลสารสนเทศ (Data&Information) หมายถึง วัตถุประสงค์หลักของการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล คือ การมีข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นสำหรับบุคลากร ผู้บริหาร ผู้ป่วย ผู้รับผลงาน องค์กรภายนอก มีความพร้อมใช้งาน เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการ การตรวจสอบทางคลินิก การพัฒนาคุณภาพ การศึกษา และการวิจัย ความจำเป็นของข้อมูลและสารสนเทศ ขึ้นกับขนาดและความซับซ้อน ตามบริบทของโรงพยาบาล

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ยื่นขอรับ HAIT	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลทุกระดับ มีความรู้และความเข้าใจด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT)

๒. เพื่อให้ระบบสารสนเทศโรงพยาบาลทุกระดับ มีคุณภาพ ด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT)

๓. เพื่อให้เป็นแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT) ในโรงพยาบาลทุกระดับ

๕. แหล่งข้อมูล

-

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนหน่วยบริการที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณ = (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT)

๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT) กำหนดแนวทางการดำเนินงาน HAIT

๓. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT) ประจำปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT) ในระดับอำเภอ

๒. จัดให้มีการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HAIT) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายบัญชา อุดมวิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๖๖๓๔๑๔๘

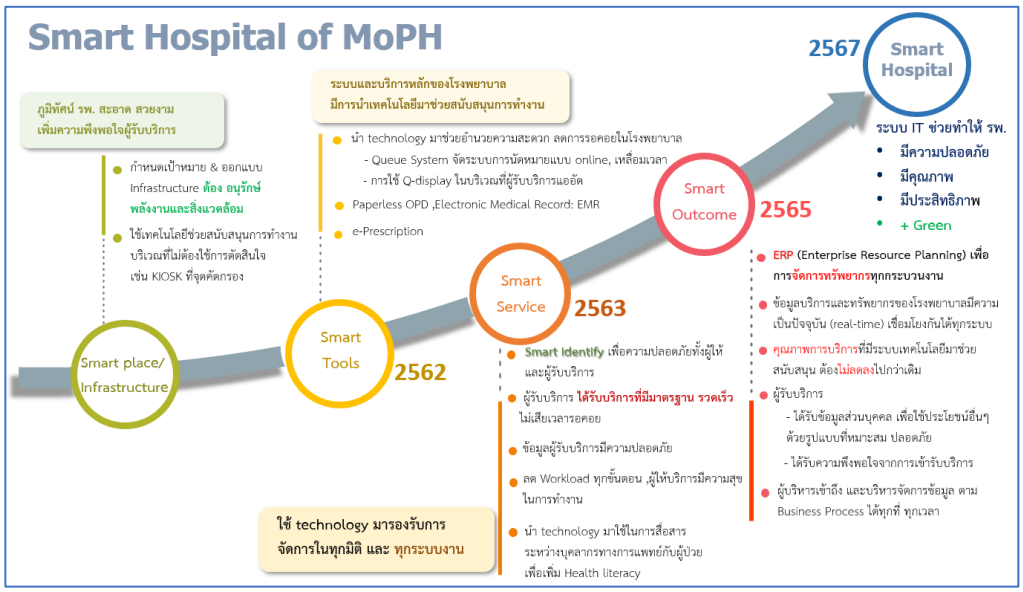
นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๘ : โครงการ Smart Hospital

๓. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๕. ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital

๒. คำนิยาม

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม



๑. Smart Place/Infrastructure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงามดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

๒. Smart Tools โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่าง ๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

๓. Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลด

ระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

๔. Smart Outcome โรงพยาบาลมีการบริหารจัดระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

๕. Smart Hospital โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Place Smart Tools และ Smart Services	-	-	-	-
๒. หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย

๒. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ

๓. บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

๔. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital

๕. แหล่งข้อมูล

-

๖. รายการข้อมูล

เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency :มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม ,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look
*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ ***	

*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ*

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

๑) Smart Place

ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

๒) Smart Tools (อย่างน้อย ๒ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๒.๑ Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

๒.๒ Queue : มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด เช่น คิวพบแพทย์

๒.๓ Devices : มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

๓) Smart Services (อย่างน้อย ๔ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๓.๑ BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ

๓.๒ BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

๓.๓ BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

๓.๔ BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด บริการ OPD

๓.๕ BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

- **รพ. ระดับ S 80%**
- **รพ. ระดับ F1, F2, F3 50%**



๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการงานตามนโยบายมุ่งเน้นของจังหวัดมหาสารคาม CIPPO Digital Health

๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital ๒๕๖๗

๓. ประชุม VDO Conference ติดตามผลการดำเนินร่วมกับโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO)

๔. สรุปผลการดำเนินงาน เข้า กวป.ทุกเดือน

๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนา Digital Health ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ประจำปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital

๒. ประชุมชี้แจงเกี่ยวข้องในการพัฒนา โรงพยาบาลสู่ Smart Hospital

๓. สรุปผลคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ประจำปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

ไม่ต้องดำเนินการ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๔-๘๒๘๒๙๓๙ E-Mail : thait-rex@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๓๙ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๖. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑๒๖.๑ หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง
(TPS ระดับ D ขึ้นไป ≥ ๘๐%)
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑๒๖.๒ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ
(คะแนน ๙๐ ขึ้นไป ≥ ๘๐%)

๒. คำนิยาม

๒.๑ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ ประกอบด้วย ๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หัก ด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๕. รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทางการเงินทั้ง ๕ รายการ ข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการ มาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้

๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์
๑.๑ CR < ๑.๕
๑.๒ QR < ๑.๐
๑.๓ Cash < ๐.๘
๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < ๐
๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < ๐
๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง
๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน*
๓.๒ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๖ เดือน

*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น ๒ เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังตาราง ๔ มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น ๗ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๐ - ๑ ปกติ
ระดับ ๒ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน
ระดับ ๓ คาดว่าจะดีขึ้นภายหลัง ๓ เดือน
ระดับ ๔ คาดว่าจะประสบปัญหาภายหลัง ๖ เดือน
ระดับ ๕ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน
ระดับ ๖ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน
ระดับ ๗ มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง

การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้ หน่วยบริการที่ได้ระดับ ๗ ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ ๖ ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง

มาตรการที่ ๑ : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Managerial Accounting)

มาตรการที่ ๒ : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)

มาตรการที่ ๓ : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)

มาตรการที่ ๔ : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)

มาตรการที่ ๕ : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency)

๒.๒ หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของหน่วยบริการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่ ความสามารถซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้มา การเก็บรักษา และการใช้ไปของทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือสร้างโอกาสให้ทรัพยากรนั้นมีมูลค่าสูงขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการมีปัญหาทางการเงินลดลงหรือไม่มีปัญหาทางการเงินหน่วยบริการ และมีผลการประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง Total Performance Score จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

๒.๓ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ โดยประเมิน ๒ ส่วน คือส่วนที่ ๑ ศูนย์จัดเก็บรายได้ตามเกณฑ์ (๔S๔C) ๗๒ คะแนน และส่วนที่ ๒ สุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey) ๒๘ คะแนน รวม ๒ ส่วน ๑๐๐ คะแนน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
- หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒ และระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔	๐	๐	๐
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑๒๖.๑ หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง (TPS ระดับ D ขึ้นไป ≥ ๘๐%)	> ๘๐%	≥ ๘๐%	≥ ๘๐%
ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑๒๖.๒ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ (คะแนน ๙๐ ขึ้นไป ≥ ๘๐%)	> ๘๐%	≥ ๘๐%	≥ ๘๐%

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ : รายงานผลการประเมินหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน, รายงานผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score

๕.๒ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม : ผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้โดยทีมจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

๖.๑ ผลการประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

๖.๒ ผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score

๖.๓ ผลการประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ ตามแนวทางการตรวจราชการ องค์กรสมรรถนะสูง หัวข้อการเงินการคลังสุขภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ CFO ระดับจังหวัด

๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด, ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด, ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด

๓. กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด, ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด, ตรวจ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน

๔. จัดทำข้อตกลงการให้บริการด้านสาธารณสุข

๕. จัดทำแผนปฏิบัติการ

๖. จัดเวที KM ภายใน/นอกจังหวัด/จัดเวทีสรุปผลงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๗. อบรมพัฒนาศักยภาพฯนิเทศ/ประเมินผล

๘. วิเคราะห์/เสนอข้อมูลต่อ กวป. และผู้เกี่ยวข้องไตรมาสละ ๑ ครั้ง

๙.จัดระบบกำกับติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการแต่ละอำเภอ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ CFO ระดับอำเภอ

๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation)

๒.๑ มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับรพ.แม่ข่ายและลูกข่าย

๒.๒ คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ส่วนกลาง/เขต กำหนด

๒.๓ คณะกรรมการมีการจัดทำแผนจัดเก็บรายได้ รายจ่ายประจำปี/พัฒนาศักยภาพทีม CFO ทีมจัดเก็บรายได้ ปรับปรุงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และมีตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

๓. การเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๓.๑ จัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) ให้เป็นไปตามนโยบายของเขต/ จังหวัด และบริหารแผนทางการเงิน กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๒ การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS)

๓.๓ การควบคุมกำกับด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Unit cost) ไม่เกินค่ากลาง

๔. จัดทำแผนปฏิบัติการ

๕. คปสอ./คณะกรรมการ CFO มีการประชุม โดยมีการวิเคราะห์ปัญหาด้านการเงินการคลังและหาแนวทางแก้ไข อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้งและส่งรายงานการประชุมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในวันที่ ๒๐ ของเดือนถัดจากการประชุม

๖. จัดทำงานผลงานเด่น/CQI ที่เกี่ยวข้องด้านการเงินการคลังอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ชื่อ-สกุล นางรัติญา ประสาระเอ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๖๑๓๘๒๓

๒. ชื่อ-สกุล นางธัญณิชา โตหนองหว้า ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๑๔๗๑๔

๓. ชื่อ-สกุล นายวิโรจน์ ละครพล ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๕๒๗๓๓๗

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๓๙ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗. ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล

๒. คำนิยาม

ราคาต่อการรายงานผล หมายถึง ค่าน้ำยาตามจำนวนหน่วยบรรจุภัณฑ์ของน้ำยาตรวจวิเคราะห์ โดยคำนวณ เป็น test ต่อหน่วยบรรจุภัณฑ์ และผู้ขายต้องชดเชยน้ำยาที่ใช้ในการทำ IQC, EQA, Calibration และชดเชยน้ำยาที่ไม่ได้จำนวน Test ตามที่ระบุไว้ข้างบรรจุภัณฑ์ รวมถึงการจัดหาเครื่องอัตโนมัติ ค่าการติดตั้ง การสอบเทียบ การ Verification ระบบLaboratory Information System (LIS) Internal Quality Control (IQC) External quality Assessment (EQA) การฝึกอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ทุกระดับในการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ และวัสดุอุปกรณ์ร่วมทั้งหมด รวมทั้งการบำรุงรักษาซ่อมแซมและแก้ไข ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าอะไหล่ทั้งหมดเพื่อให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดีอยู่เสมอ

จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล ดังนี้

ขนาด S จำนวน ๕๗ รายการ
ขนาด M๒, F๑ จำนวน ๓๒ รายการ
ขนาด F๒, F๓ จำนวน ๒๕ รายการ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	๘๐	๙๐	๙๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์ และควบคุมมูลค่าการจัดซื้อให้มีความเหมาะสม ได้คุณภาพสูงสุด

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบการรายงานทางห้องปฏิบัติการ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ (ประเมินภาพรวมจังหวัด) : ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล

A : จำนวน รพ.ที่มีร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด (๑๓)

สูตรการคำนวณ : A/B x ๑๐๐

รายการข้อมูล ๒ (ประเมินรายอำเภอ) : ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล

สูตรการคำนวณ :

$$S = \frac{\text{จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล} \times ๑๐๐}{๕๗}$$

$$M_{๒}, F_{๑} = \frac{\text{จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล} \times ๑๐๐}{๓๒}$$

$$F_{๒}, F_{๓} = \frac{\text{จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล} \times ๑๐๐}{๒๕}$$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานปี ๒๕๖๗

๑. สนับสนุนให้คณะกรรมการบริหารเวชภัณฑ์สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามกรอบระยะเวลาและบทบาทหน้าที่

๒. นำเทคโนโลยีมาใช้ในการกำกับ ติดตาม รายงานผลการดำเนินงานให้เป็นปัจจุบัน

๓. สนับสนุนให้มีการสร้างนวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบการจัดซื้อจัดหาและการบริหารเวชภัณฑ์ที่มีประสิทธิภาพ คุ้มค่า ลดขั้นตอน ข้อมูลเชื่อถือได้ ถูกต้องตามระเบียบ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. กำหนดรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติตามระดับหน่วยบริการ

๒. ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน

๓. นิเทศติดตาม รายงานข้อมูลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๔. จัดซื้อรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติตามรายการที่กำหนด

๕. รายงานผลการจัดซื้อต่อการรายงานตามรายการที่กำหนด ไตรมาสละ ๑ ครั้ง

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๔๑๗๑๕๖๕ E-mail : kanja.jamm@gmail.com

๒. นายปณัญพงศ์ ภูนาขาว ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๑๑๗๕๐-๔ ต่อ ๙๑๑๘ หรือ ๐๖๑-๘๙๓๖๖๕๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๐ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๘ จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด (อย่างน้อย ๒๐ เรื่อง)

๒. คำนิยาม

๑. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้

๒. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

๓. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง

๔. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม

๕. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่น ๆ มาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้ จำแนกเป็น ๔ ประเภท ได้แก่

๑) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

๒) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น

๓) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงาน

โดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

๔) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

๖. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

๗. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

๘. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

๑) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น

๒) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น

๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

๙. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
จำนวนนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด (อย่างน้อย ๒๐ เรื่อง)	อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง	อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง	อย่างน้อย ๒๐ เรื่อง

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและองค์ความรู้ขององค์การ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๒. ฐานข้อมูลนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

ข้อมูลจำนวน/รายละเอียดของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานในปี ๒๕๖๗

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค แก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

๒. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ

๓. ขยายทีม FA ทุกอำเภอ

๔. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและในระดับอำเภอ เพื่อส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ ในเวทีระดับต่างๆ เป็นการส่งเสริมพัฒนาและกระตุ้นการคิดค้นการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของผลงานวิชาการให้ได้คุณภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสาร วิชาการต่าง ๆ ได้อย่างมีคุณภาพ

๕. จัดทำฐานข้อมูลผลงานวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อรวบรวมและขยายผลงานวิชาการ/วิจัย/นวัตกรรม/แนวปฏิบัติที่ดี ตามนโยบาย “ดีไปหน้า” ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถและโอกาส ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย/R2R เครือข่ายระดับเขต/กระทรวง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัด และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับ CUP ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค แก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

๓. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ

๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต./อำเภอ/จังหวัด

๕. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน

๖. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๗. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลผลงานวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม ทางเวปไซต์ สสจ.มหาสารคาม http://mkho.moph.go.th

๘. พัฒนาโปรแกรมการส่งผลงานวิชาการในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๗

๙. จัดมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๗

๑๐. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และในระดับอำเภอ เพื่อส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ ในเวทีระดับต่างๆ เป็นการส่งเสริมพัฒนาและกระตุ้นการคิดค้นการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของผลงานวิชาการให้ได้คุณภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสาร วิชาการต่าง ๆ ได้อย่างมีคุณภาพ

๑๑. กำหนดให้ R2R เป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน และตัวชี้วัดของบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/CUP (Innovation)

๑๒. กำหนดให้การประเมินผลไตรมาสของกลุ่มงาน/CUP/รพ.สต.ทุกแห่ง เป็นการเสนอผลงานวิชาการประเภท Project Evaluation (Innovation) โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของระดับบุคคลด้วย

๑๓. บูรณาการกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs)

๑๔. กำหนดให้ R2R เป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑๕. มีการติดตามความก้าวหน้า ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

๑๖. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “วิจัยสาธารณสุข_มค” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอมีประสิทธิภาพสูงสุด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ

๓. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับอำเภอ

๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ ผู้วิจัยครอบคลุมระดับอำเภอ

๕. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน

๖. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๘.๓ แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. การพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน

๓. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐ E-mail : sangudchua@yahoo.com
๒. ดร.รัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : rutchaneevipa@yahoo.com
๓. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๒๔๒๔๑๕๑ E-mail : siri.mkho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๐ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙ : จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด

๒. คำนิยาม

๑. งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง งานวิชาการและองค์ความรู้ทางสุขภาพที่ดำเนินการและเขียนผลงานตามเกณฑ์ทางวิชาการ ในจำนวน ๔ ประเภท คือ

๑.๑ งานวิจัย (Research) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าใหม่อีกครั้ง เพื่อตอบคำถามหรือปัญหาสงสัยที่ผู้วิจัยต้องการคำตอบ หรืออยากรู้ด้วยระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เป็นที่ยอมรับ เป็นสากล เชื่อถือได้ อ้างอิงได้ และอธิบายขั้นตอนการทำได้ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ทั้งนี้ให้รวมถึงงานวิจัยประเภทที่พัฒนามาจากงานประจำ (Routine to research-R2R) โดย R2R ให้ยึดกรอบและเกณฑ์ของงานวิจัย R2R ที่สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๑.๒ นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง ความคิดการปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อนหรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม

๑.๓ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process : CQI) หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

๑.๔ การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นระบบบริหารเทคนิควิธีการต่าง ๆ ที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุด ดังนั้น Best Practice จึงไม่ใช่เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดี แต่เป็นการทำงานที่ดีกว่า หรือดีที่สุด ซึ่งมีทั้งการทำงานในเชิงระบบบริหารและเทคนิควิธีการต่าง ๆ ทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด

๒. งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้ เทคโนโลยีใหม่ ทฤษฎีใหม่ โดยแบ่งเป็นประเภทงานวิจัย เช่น งานวิจัยแบ่งตามผลประโยชน์ แบ่งตามจุดมุ่งหมาย แบ่งตามกระบวนการเก็บข้อมูล แบ่งตามคุณลักษณะข้อมูล จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ การแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ

๓. การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

๔. การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้น ทะเบียนได้ และ/หรืออื่น ๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	อำเภอละ ๖ เรื่อง	อำเภอละ ๖ เรื่อง	อำเภอละ ๖ เรื่อง
๑.๑ จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านการแพทย์แผนไทยเชิงคลินิก	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง
๑.๒ จำนวนนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี	๕ เรื่อง	๕ เรื่อง	๕ เรื่อง

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์ และส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การใช้ประโยชน์

๒. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีการพัฒนาระบบบริการงานด้านแผนไทยควบคู่กับการคิดสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ หรือการปฏิบัติที่ดี เผยแพร่สู่ระบบบริการสาธารณสุขในเครือข่ายทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรหรือการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเชิงคลินิก

๒. เอกสารรายงานผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดีของพื้นที่

๓. เอกสารบทคัดย่องานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ หรือระดับกระทรวงสาธารณสุขหรืออื่น ๆ

๖. รายการข้อมูล

<u>๑. รายการข้อมูล</u>

ข้อมูลจำนวน/รายละเอียดของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ ระดับโรงพยาบาลทุกแห่ง และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน ๓ ปี ย้อนหลัง (ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖)

ลำดับ	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน ๓ ปีย้อนหลัง (จำนวนเรื่อง)		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖ (งานวิจัย/นวัตกรรม)
๑	อำเภอเมืองมหาสารคาม	๒	๖	๒ / ๕
๒	อำเภอแกดำ	๑	๑	๑ / ๕
๓	อำเภอโกสุมพิสัย	๑	๓	๑ / ๒
๔	อำเภอกันทรวิชัย	๑	๖	๑ / ๕
๕	อำเภอเชียงยืน	๑	๘	๒ / ๕
๖	อำเภอบรบือ	๑	๖	๑ / ๕
๗	อำเภอนาเชือก	๒	๖	๔ / ๕
๘	อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	๑	๕	๑ / ๕
๙	อำเภอวาปีปทุม	๒	๖	๒ / ๔
๑๐	อำเภอนาดูน	๑	๗	๒ / ๕
๑๑	อำเภอยางสีสุราช	๑	๖	๓ / ๕
๑๒	อำเภอกุดรัง	๑	๕	๓ / ๕
๑๓	อำเภอชื่นชม	๑	๑๐	๑ / ๖
รวมทั้งจังหวัด		**๑๖**	**๗๕**	**๒๔ / ๖๒**

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

๑. ส่งเสริมให้แพทย์แผนไทย ๑ คน มีผลงานวิจัยอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๒. การพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทยด้านการทำวิจัยทางการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร อย่างน้อย ๑ ครั้ง/คน

๓. กำหนดเป้าหมายให้แพทย์แผนไทยในทุกอำเภอ ร่วมส่งผลวิชาการระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับกระทรวงสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัด และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับ CUP ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน

๓. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๔. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย

๕. ประเมิน/ติดตามผลการการดำเนินงานในระดับอำเภอ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต. อำเภอ

๓. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๔. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย

๕. เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย

๖. เข้าร่วมการนำเสนอผลงานวิจัย/นวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ

<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๓. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย

๔. เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย

๕. เข้าร่วมการนำเสนอผลงานวิจัย/นวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ E-mail : ttmmhsk7@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นายสุริยา ขันทชาติ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ E-mail : ttmmhsk7@gmail.com
๓. ชื่อ-สกุล นางสาวปภาวรินท์ จินโจ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙ E-mail : ttmmhsk7@gmail.com