การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ สู่การปฏิบัติการระดับอำเภอ และตำบล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

วันที่ ๒๘ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕
โรงแรมตักสิลา จังหวัดมหาสารคาม



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 ๒๕๖๖ ภายใต้กรอบ ๔ ด้าน Excellences ๑๔ แผนงาน ๓๗ โครงการ และ ๕๙ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานในกำกับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบาย แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ให้กับผู้บริหารระดับจังหวัด เมื่อวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ และสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในปัจจุบัน และสอดคล้องกับนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม โดยมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๖๕ ของกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ไปแล้วเมื่อวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕ รวมทั้งได้มีการประชุม ทบทวน จัดทำ และรับรองแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ จำนวน ๖ ครั้ง ภายใต้จำนวน ๖ ยุทธศาสตร์ ๑๗ แผนงาน ๔๗ โครงการ ๑๔๒ ตัวชี้วัด

หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเลื่อนและพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งหวังให้บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้งกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมที่จะรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ
๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

๑. ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. นายแพทย์หัสชา เนือยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา)
๔. นายอุดม บุบผาทาเต	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
๕. นายแพทย์วิเชียร ฉกาจนโรดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๖. ทันตแพทย์วัฒนะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
๗. เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
๘. นายวิทวัส ละอองทอง	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
๙. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑๐. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๑๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๑๒. นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย
๑๓. เภสัชกรแฉล้ม รัตนพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๑๔. นางโศภิตา จิตรวิกรานต์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๑๕. นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๑๖. ทันตแพทย์นวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
๑๗. นางสุธิดา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๑๘. นายประวัติ แปลงมาลย์	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
๑๙. นางสราญจิต อินศร	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติ
๒๐. นายบวร จอมพรรษา	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒๑. นางสุมาลี ใหม่คามิ	หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ผู้รวบรวมเอกสาร

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๓. นางวิกิตตา อิ่มสำอางค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๔. นางสาวระพีพร คำเจริญ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
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 ๒๕๖๖	๑
	แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	๑
	แผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ (พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๗๐) ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม	๒๓
	ส่วนที่ ๒ นิยามตัวชี้วัดและมาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน	๓๕
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๓๖
	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	
๑	ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชนโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๓๗
๒	ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๑
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๖
	แผนงานที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)	
๓	ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๗
๔	ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	๔๗

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)		๕๖
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		๕๗
๕	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	๕๗
๖	อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์	๕๙
๗	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ (๙ ครั้งคุณภาพ)	๖๐
๘	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	๖๒
๙	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๖๔
๑๐	อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	๖๕
๑๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๖๖
๑๒	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	๖๘
	๑๒.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ มีพัฒนาการสมวัย	๖๘
	๑๒.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	๖๘
	๑๒.๓ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	๖๘
	๑๒.๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	๖๘
	๑๒.๕ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	๖๘
๑๓	ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี	๗๑
	๑๓.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๗๑
	๑๓.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๗๑
๑๔	ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน	๗๓
	๑๔.๑ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	๗๓
๑๕	ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน	๗๕
	๑๕.๑ ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	๗๕
	๑๕.๒ ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	๗๕

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
แผนงานที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น		๘๘
๑๖	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	๘๘
๑๗	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	๙๒
๑๘	ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๙๖
๑๙	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	๑๐๒
๒๐	อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๑๐๖
๒๑	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๙๖
๒๒	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑๑๒
แผนงานที่ ๕ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน		๑๑๘
๒๓	ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๑๑๘
แผนงานที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ		๑๒๒
๒๔	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๒๒
	๒๔.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๑๒๔
๒๕	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแล	๑๒๖
	๒๕.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๑๒๘
๒๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	๑๒๘
	- ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	๑๒๘
	- ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะ รพ.ขนาด M๒ ขึ้นไป)	๑๒๘
๒๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๐
	๒๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๐
	๒๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๐
๒๘	ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ ๑๐๐	๑๓๖
๒๙	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	๑๓๙
๓๐	จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์	๑๔๓

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		๑๔๗
๓๑	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๑๔๗
	๓๑.๑ พชอ. ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง	๑๔๗
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		๑๕๒
๓๒	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ระดับจังหวัด	๑๕๒
	๓๒.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management)	๑๕๖
๓๓	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	๑๖๑
๓๔	ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	๑๖๕
๓๕	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	๑๖๙
๓๖	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	๑๗๓
	๓๖.๑ ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	๑๗๓
	๓๖.๒ ร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	๑๗๓
๓๗	อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	๑๗๓
๓๘	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (๒.๘)	๑๗๗
๓๙	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๒๕.๕๐)	๑๘๔
๔๐	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑๘๙
	๔๐.๑ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	๑๘๙
	๔๐.๒ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑๘๙
๔๑	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	๑๙๑
	๔๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๑๙๑
	๔๑.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๑๙๑

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๔๒	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	๑๙๖
๔๓	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	๑๙๙
๔๔	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	๒๐๘
๔๕	ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๒๑๒
	๔๕.๑ ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๒๑๒
	๔๕.๒ ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๒๑๒
๔๖	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๒๑๕
๔๗	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๒๑๘
๔๘	ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๒๒
๔๙	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพ ที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒๒๖
๕๐	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	๒๓๒
๕๑	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	๒๓๖
๕๒	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	๒๔๙
๕๓	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๒๕๓
๕๔	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป มีความปลอดภัย	๒๕๖
แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		๒๕๙
๕๕	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	๒๕๙
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		๒๖๗
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster		๒๖๕
๕๖	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๖๕
๕๗	จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	๒๗๕

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๕๘	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	๒๗๕
๕๙	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	๒๘๐
๖๐	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๒๘๓
๖๑	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๒๘๗
๖๒	อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา)และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	๒๘๙
๖๓	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ ที่เหมาะสมให้กับประชาชนโดยมุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข	๒๙๒
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		๒๙๕
๖๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๒๙๕
	๖๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	๒๙๕
	๖๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	๒๙๕
๖๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๒๙๘
๖๖	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๓๐๑
	๖๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	๓๐๑
	๖๖.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๓๐๑
๖๗	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary Care Cluster : SCC) (นโยบาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)	๓๐๗
๖๘	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๓๑๓
๖๙	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	๓๑๓
๗๐	อัตราป่วย/อัตราตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ	๓๒๕
๗๑	ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑–๒๘ วัน	๓๒๕
๗๒	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	๓๒๕

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๗๓	ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	๓๒๕
๗๔	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	๓๒๙
๗๕	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	๓๓๕
๗๖	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	๓๓๕
๗๗	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	๓๓๘
๗๘	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓๔๒
๗๙	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๓๔๖
๘๐	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๕๑
๘๑	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	๓๕๕
๘๒	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๖๑
๘๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๓๖๗
๘๔	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๓๗๐
	๘๔.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	๓๗๐
๘๕	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๓๗๖
๘๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น	๓๘๑
	๘๖.๑ Refracture Rate	๓๘๑
๘๗	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๘๗
	๘๗.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๓๘๗
	๘๗.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๘๗
	๘๗.๓ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๘๗

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๘๘	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๓๙๓
	๘๘.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	๓๙๓
	๘๘.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๓๙๓
	๘๘.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	๓๙๓
๘๙	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง (๑. มะเร็งปากมดลูก ๒.มะเร็งลำไส้และไส้ตรง)	๔๐๐
๙๐	โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	๔๐๓
๙๑	ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช. มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย	๔๐๘
๙๒	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	๔๑๒
๙๓	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๔๑๖
๙๔	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A และ S (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕)	๔๒๐
๙๕	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate)	๔๒๓
๙๖	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๔๒๗
๙๗	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	๔๓๓
๙๘	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)	๔๓๕
๙๙	ร้อยละการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	๔๕๗
	๙๙.๑ ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	๔๕๗
	๙๙.๒ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	๔๕๗
	๙๙.๓ ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	๔๕๗
	๙๙.๔ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ.มีระบบติดตามและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา	๔๕๗

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๑๐๐	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย	๔๖๓
	๑๐๐.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน	๔๖๓
	๑๐๐.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	๔๖๕
	๑๐๐.๓ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	๔๖๖
	๑๐๐.๔ อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	๔๖๘
	๑๐๐.๕ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	๔๖๙
	๑๐๐.๖ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)	๔๗๐
	๑๐๐.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	๔๗๑
๑๐๑	อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๔๗๔
๑๐๒	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	๔๗๗
	๑๐๒.๑ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	๔๗๗
	๑๐๒.๒ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	๔๗๗
๑๐๓	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๔๘๘
๑๐๔	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	๔๙๑
	๑๐๔.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)	๔๙๑
	๑๐๔.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คน ต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	๔๙๑
	๑๐๔.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	๔๙๑
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		๔๙๖
๑๐๕	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	๔๙๖
๑๐๖	อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	๔๙๖
๑๐๗	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	๕๐๐
๑๐๘	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๕๐๓
๑๐๙	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๕๐๖

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๑๑๐	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	๕๑๐
๑๑๑	การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบ Telemedicine เน้น Stroke Stemi Sepsis (นโยบาย นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)	๕๑๓
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการ เฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ		
๑๑๒	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๕๑๗
๑๑๓	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	๕๒๑
๑๑๔	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	๕๒๖
แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย		
๑๑๕	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๕๓๒
	๑๑๕.๑ เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน	๕๓๒
๑๑๖	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	๕๓๒
๑๑๗	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น	๕๓๒
๑๑๘	ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	๕๓๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง		๕๓๗
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		๕๓๗
๑๑๙	ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๕๓๘
๑๒๐	ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๕๔๑
๑๒๑	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๕๔๔
	๑๒๑.๑ ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	๕๔๔
	๑๒๑.๒ ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๕๔๔

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	๕๔๘
	แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๕๔๙
๑๒๒	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๕๔๙
๑๒๓	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	๕๕๓
๑๒๔	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	๕๕๕
๑๒๕	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	๕๖๐
๑๒๖	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๖๒
๑๒๗	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๕๖๙
	๑๒๗.๑ โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๕๖๙
	๑๒๗.๒ โรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	๕๖๙
๑๒๘	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	๕๗๔
๑๒๙	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS	๕๗๗
	๑๒๙.๑ รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	๕๗๗
	๑๒๙.๒ สถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่	๕๗๗
๑๓๐	ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง (นโยบาย นพ.สสจ.)	๕๘๒
	แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	๕๘๙
๑๓๑	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	๕๘๖
๑๓๒	ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	๕๙๐
๑๓๓	จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๙๓
๑๓๔	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	๕๙๖
๑๓๕	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	๕๙๙
๑๓๖	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	๖๐๒

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		๖๐๖
	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	๖๐๖
	๑๓๗.๑ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ	๖๐๖
	๑๓๗.๒ ผลตอบแทนของการลงทุนจัดบริการ Service Plan (Service Plan Return on Investment: SPROI) COVID-๑๙, Stroke & STEMI, ODS & MIS ในหน่วยบริการ	๖๐๖
	๑๓๗.๓ หน่วยบริการที่มีการบริหารความเพียงพอของทรัพยากรทางการแพทย์ (Medical Supply Sufficiency) ที่มีคุณภาพ (๔S๔P)	๖๑๕
	๑๓๗.๔ การบริหารการจ่ายเงิน (Payment Management) ระดับดี	๖๑๗
	๑๓๗.๕ การบริหารการจ่ายเงิน: Defect debt	๖๐๖
	๑๓๗.๖ ความครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ	๖๐๖
	๑๓๗.๗ การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (PP/OP)	๖๑๙
	๑๓๗.๘ ประสิทธิภาพการบริหารค่าตอบแทนกำลังคน (พตส.) เบิกจ่ายทันเวลา	๖๑๙
	๑๓๗.๙ Primary Care Decentralization ความพร้อมของ รพ.สต. ในการถ่ายโอน	๖๑๙
๑๓๘	ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	๖๒๑
๑๓๙	คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ	๖๓๑
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ		๖๒๖
๑๔๐	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๖๒๖
๑๔๑	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	๖๓๑
แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ		๖๓๔
๑๔๒	ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย ((๑) พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ (๓) พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พ.ร.บ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	๖๓๔
	๑๔๒.๑ ร้อยละของการบริหารสัญญารับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๖๓๗
	๑๔๒.๒ ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	๖๓๙

ส่วนที่ ๑

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ
จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖

๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การประชุมการมอบนโยบายการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ การจัดทำแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และการสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๕ ในวันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี นายสมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคน

๒) การประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ตามนโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖วันที่ ๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐น.–๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ (นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และคณะกรรมการ/คณะทำงาน ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ ๑๑๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

๓) การประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ เพื่อกำหนดตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๖ (โดยการทบทวนตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๕ ปรับเพิ่ม-ลด และกำหนดตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๖ จากนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง) และการยกระดับการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมุ่งให้เกิด Operation Efficiency ในวันที่ ๑๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐น.–๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี นายสมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และคณะกรรมการ/คณะทำงาน ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ ๑๑๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

๔) การประชุมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ และการให้ข้อเสนอแนะต่อแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ ภายใต้บริบทการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ ๒๐ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐น.–๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี นายสมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๒๐ ส่วนราชการ หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และคณะกรรมการ/คณะทำงาน ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ ๑๑๖/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๕

๕) นำเข้าเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กวป.) ประจำเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๕ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖) การประชุมการรับรองแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ ในวันที่ ๙-๑๐ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕ เวลา ๐๙.๐๐น.–๑๖.๓๐น. ณ ห้องประชุมโรงแรมกรีนเนอรี่ รีสอร์ท อำเภอปากช่อง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีนายสมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน

๒. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖

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-19 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 ๒๕๖๖

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 เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (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 ๒๕๖๖

๘.๑ นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ (นายอนุทิน ชาญวีรกูล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)

“คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่งคั่ง (Health for Wealth)”

๑. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

- เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย ๓ หมอ และการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
- สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ อย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว
- โรงพยาบาลของประชาชนบริการสุขภาพไร้รอยต่อดูแลองค์รวมทั้งกายและจิต
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

๒. ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง

- ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย
- ชุมชนเข้มแข็งรวมพลังสร้างสุขภาพดี
- สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ทั้งกายและใจ

๓. ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

- ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง
- บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะสมองเสื่อม
- สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

๔. นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

- ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก
- ขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก

๕. ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชน และเพื่อประชาชน

- พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชน ที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาล เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ให้ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่อง

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

๘.๓ นโยบายเร่งรัดการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๖๖ (นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชร์เวลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

๑. นโยบายการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖

- What to do or not to do สิ่งที่ต้องทำหรือไม่ควรทำ
- Make sure you're making the most of your energy with high-leverage activities.

๒. Policy Direction

- Information Improvement
- Value Management : Monitoring
- Culture Change
- Strategic Focus

๓. นโยบาย ปี ๒๕๖๖

- Health literacy in all services
- Strengthening Health care service
- Operation Efficiency with value network
- Governance with trust information
- services delivery seamless network
- SCC (Secondary care Cluster)
- PNC : Provincial network certification Acute IMC LTC

๔. การรับรู้ถึงเป้าหมาย (Sense of Purpose)

- การทำงานที่เรียกสั้นๆว่า ไปด้วยกัน (go along)
- ความสำเร็จพร้อมไปข้างหน้า (go ahead)
- แบบบ้านๆเฮาเอิ้นว่าดีไปหน้า (good to go agead)

๕. มหาสารคาม จุดหมาย “เมืองเปี่ยมสุข” Mahasarakham Full Healthy Destination

๑) การประกาศเจตนารมณ์การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคนมหาสารคามสุขภาพดีสู่เมืองเปี่ยมสุข โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายในปี ๒๕๖๕ และในปี ๒๕๖๖ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม สรุปผลสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายและรายงานผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกๆ รอบ ๖ เดือน

๒) ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม โดย พชจ. บูรณาการ “การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อคนมหาสารคามสุขภาพดี สู่เมืองเปี่ยมสุข” เข้าเป็นส่วนหนึ่งของประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อน สู่ พชอ. ในปี ๒๕๖๖

๓) กำหนดเนื้อหาและเร่งรัดสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง ๓ กลุ่ม คือ (๑) กลุ่มความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ จำนวน ๒๕ เนื้อหา (๒) กลุ่มวิถีชีวิตและพฤติกรรม จำนวน ๒๙ เนื้อหา และ (๓) กลุ่มทักษะสุขภาพ จำนวน ๑๒ เนื้อหา เป็นกลยุทธ์สำคัญของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ ทั้ง ๖๖ เนื้อหา

๔) เป้าหมายการเพิ่มคนสุขภาพดี ด้วยกลยุทธ์การรับรู้สถานะสุขภาพตนเอง (Health Status)

- ปี ๒๕๖๕ กลุ่มเป้าหมาย คือ (๑) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขทุกคน และ อสม.ทุกคน (๒) หัวหน้าหน่วยงานทุกระดับ ทุกหน่วยงานของจังหวัด
- ปี ๒๕๖๖ ขยายกลุ่ม (๑) กลุ่มข้าราชการทุกคนในจังหวัด (๒) กลุ่มประชาชนในก้าวท้าใจ จำนวน ๒๘๓,๐๐๐ คน

มหาสารคาม “เรามาถูกทาง” move forward “ดีไปหน้า” together

๙. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน**						
	๑. โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน	๑	ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชนโดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ระดับ ๕	๑) สส. ๒) สสป. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๒	ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ร้อยละ ๘๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๔
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)**						
	๒. โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับเพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)	๓	ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ระดับ ๕	๑) สส. ๒) สสป. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๔	ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ร้อยละ ๑๐๐	๑) สส. ๒) สสป. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)	**แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)**						
	๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๕	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	ร้อยละ ๑๐๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
		๖	อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๒
		๗	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ (๙ ครั้งคุณภาพ)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑
		๘	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	ร้อยละ ๑๐๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๔
		๙	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๓
		๑๐	อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	สส.	-แผน สธ.มค.	
		๑๑	***อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗	สส.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒	*เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย				

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			***๑๒.๑) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๙
			๑๒.๒) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๘
			๑๒.๓) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๐
			๑๒.๔) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๑
			***๑๒.๕) ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๒
		๑๓	*ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี				
			๑๓.๑) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๓
			๑๓.๒) ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	ช.๑๑๓ ซม. ญ.๑๑๒ ซม.	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๔
		๑๔	ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน				
			๑๔.๑) ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	ไม่เกินร้อยละ ๓	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๗
		๑๕	ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน				
			๑๕.๑) ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๕
			๑๕.๒) ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
		๑๖	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑/ต๑๖
	๔. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๑๗	**เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๑
		๑๘	ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๖	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๔
		๑๙	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๒
		๒๐	***อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๖
		๒๑	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๑๕	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๓
		๒๒	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๗
	๕. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๒๓	ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ ๕๒	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๓/ต๑
	๖. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๒๔	***ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๒

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			***๒๔.๑) ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๑
		๒๕	*ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน				
			**๒๕.๑) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๑๐๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๔
		๒๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ				
			- ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ ๑๐๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
			- ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะ รพ.ขนาด M๒ ขึ้นไป)	ร้อยละ ≥ ๗๕	สส.	-แผน สธ.มค.	
		๒๗	***ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
			***๒๗.๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	เป้าหมาย ๑ แห่ง ต่อ ๑ เขตสุขภาพ	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๖
			***๒๗.๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ร้อยละ ๓๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๗
		๒๘	ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
	๗. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๒๙	***อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ ๗๐	สส.	-แผน สธ.มค.	
		๓๐	** จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์	ร้อยละ ๘๐	สส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๕/ต๑
	แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ						
	๘. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๓๑	*** ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๘๕	พนย.	-แผน สธ.มค.	
			๓๑.๑) พชอ. ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง	๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ						
	๙. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๓๒	* ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
			***๓๒.๑) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management)	ระดับ ๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๖/ก๑/ต๓
	๑๐. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๓๓	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	ร้อยละ ๘๗	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๓๔	ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	≥ร้อยละ ๖๗	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๓๕	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๓๖	***อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	ลดลงจากค่ามัธยฐาน	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ก๑/ต๑

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			๓๖.๑) ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ก๑/ต๒
			๓๖.๒) ร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	อำเภอร้อยละ ๑๐๐ และตำบล ร้อยละ ๗๐	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ก๑/ต๓
		๓๗	***อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ก๑/ต๒
	๑๑. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๓๘	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (๒.๘)	๒.๘	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๓๙	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๒๕.๕๐)	๒๕.๕	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๔๐	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน				
			๔๐.๑) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑.๗๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๑
			๔๐.๒) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๒
		๔๑	***ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง				
			***๔๑.๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๓
			***๔๑.๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๓	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๔
		๔๒	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs”	ร้อยละ ๕๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๘
		๔๓	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	ร้อยละ ๗๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๔๔	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๗๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๔๕	ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม				
			๔๕.๑) ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๑
			๔๕.๒) ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๑
		๔๖	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ ๑๘	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๒
		๔๗	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ ๑๘	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๖/ต๓
		๔๘	***ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๖๐	สวล.	-แผน สธ.มค.	
	๑๒. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๔๙	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๕	คบส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๗/ต๓

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		๕๐	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๙๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๕๑	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๕๒	***ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๕๓	***ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๓๐	สวล.	-แผน สธ.มค.	
		๕๔	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ ๘๕	คบส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๗/ต๒
	แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม						
	๑๓. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๕๕	***ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ ๓๐	สวล.	-แผน สธ.มค.	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	**แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)**						
	๑๔. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๕๖	***จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	เกณฑ์ประเทศ ๓,๕๐๐ หน่วย	สสป.	-แผน สธ.มค.	
		๕๗	***จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน	เกณฑ์ประเทศ ๓๕ ล้านคน	สสป.	-แผน สธ.มค.	
		๕๘	*จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	เกณฑ์ประเทศ ๓๐ ล้านคน	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๑๔
		๕๙	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ ๑๐๐	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๒
	๑๕. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.	๖๐	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๗๕	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๑/ต๓
		๖๑	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๑,๙๗๗ คน (หมู่บ้านละ ๑ คน)	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๑/ต๑
		๖๒	อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	ร้อยละ ๗๐	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๓
		๖๓	***ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ร้อยละ ๗๕	สสป.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๑/ก๓/ต๔
	แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)						
	๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๖๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้				
			๖๔.๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๕

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
			๖๔.๒) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๖
		๖๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๖๖	***อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
			***๖๖.๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	พร.	-แผน สธ.มค.	
			***๖๖.๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๖๗	ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary Care Cluster : SCC) (นโยบาย นพ.สสจ.)	N/A	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๖๘	***อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๖๙	***อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๙๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๗๐	** อัตราป่วย/อัตราตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ	ต่ำกว่า ร้อยละ ๑.๕๕	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๗๑	**ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑–๒๘ วัน	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๗๒	*ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	ระดับดีมาก ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค.	
		๗๓	**ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ร้อยละ ๗๐	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ก๒/ต๒
	๑๘. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๗๔	***ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	≥ร้อยละ ๓๐ ของอำเภอทั้งหมดผ่านตามเกณฑ์ RDU hospital, RDU PCU, ร้านชำ RDU	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๗๕	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	ร้อยละ ๑๐๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๗๖	***อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	ร้อยละ ๓๘.๗๓	คบส.	-แผน สธ.มค.	
	๑๙. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๗๗	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลง ร้อยละ ๑๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๗๘	***อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	ไม่เกิน ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๑. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	๗๙	***ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ร้อยละ ๕๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๒. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๘๐	* ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๒๐.๕	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ก๑/ต๑
		๘๑	***ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	พท.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		๘๒	***ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๓๕	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ก๑/ต๑
	๒๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๘๓	***ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ ๗๔	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๔/ต๑
		๘๔	***อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ร้อยละ ๘.๐ ต่อแสน ปชก.	NCD	-แผน สธ.มค.	
			***๘๔.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๙๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
	๒๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)	๘๕	***อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ ๒๔	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๘๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไปที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	พร.	-แผน สธ.มค.	
			***๘๖.๑) Refracture Rate	< ร้อยละ ๒๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๕. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๘๗	***อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด				
			*๘๗.๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๘	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๘๗.๒) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ ๖๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๘๗.๓) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ร้อยละ ๖๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๘๘	** ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด				
			**๘๘.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
			**๘๘.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
			**๘๘.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๘๙	***ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง (๑. มะเร็งปากมดลูก ๒. มะเร็งลำไส้และไส้ตรง)	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๙๐	** โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	ร้อยละ ๖๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๙๑	** ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช. มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๙๒	***ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	≥ ร้อยละ ๖๖	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๗/ก๑/ต๗
	๒๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๙๓	***ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ร้อยละ ๘๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๒๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๙๔	***อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A และ S (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	พร.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
	๓๐. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๙๕	***ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพฯ (Retention rate)	มากกว่าร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๑๐/ต๑
	๓๑. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)	๙๖	***ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๗๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๓๒. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery : ODS	๙๗	***ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	≥ ร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๙๘	***ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)	<ร้อยละ ๕	พร.	-แผน สธ.มค.	
	๓๓. โครงการกัญชาทางการแพทย์	๙๙	***ร้อยละการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์				
			*๙๙.๑) ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ	ร้อยละ ๙๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			*๙๙.๒) ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ	เขตสุขภาพละ ๕ แห่ง	พร.	-แผน สธ.มค.	
			*๙๙.๓) ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๙๙.๔) ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ.มีระบบติดตามและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา	ร้อยละ ๑๐๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
	๓๔. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพช่องปาก	๑๐๐	***อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย				
			๑๐๐.๑) อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๔
			๑๐๐.๒) อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๕
			๑๐๐.๓) อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๖
			๑๐๐.๔) อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๗
			๑๐๐.๕) อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๘
			๑๐๐.๖) อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๙
			๑๐๐.๗) อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๑๐
		๑๐๑	***อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๑๑
		๑๐๒	***จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๑๒
			๑๐๒.๑) มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๑๒
			๑๐๒.๒) มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	อย่างน้อย ๑ แห่ง	ทส.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		๑๐๓	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๘๕	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๒/ต๕
		๑๐๔	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ				
			๑๐๔.๑) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๓
			๑๐๔.๒) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คน ต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ทส.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๓/ก๘/ต๑๓
			๑๐๔.๓) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	ทส.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
	๓๕. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๑๐๕	***อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	≤ร้อยละ ๑๒	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๑๐๖	อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๑๐๗	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ ๘๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๑๐๘	*ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๑๐๙	***ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕	NCD	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๖/ก๑/ต๔
		๑๑๐	***อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	N/A	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๑๑๑	การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบ Telemedicine เน้น Stroke Stemi Sepsis (นโยบาย นพ.สสจ.)	N/A	พร.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ						
	๓๖. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ	๑๑๒	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ ๑๐๐	คร.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๒/ก๑/ต๕
		๑๑๓	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	NCD	-แผน สธ.มค.	
		๑๑๔	***ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย						
	๓๗. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๑๑๕	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	ระดับ ๕	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ก๒/ต๑
			๑๑๕.๑) เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน	ผ่านเกณฑ์ประเมิน	พท.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		๑๑๖	***อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐	พท.	-แผน สธ.มค.	
		๑๑๗	*มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๓	พท.	-แผน สธ.มค. -แผน กสพ.	ย๔/ก๑/ต๒
		๑๑๘	***ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา ๓๖ แห่ง	พท.	-แผน สธ.มค.	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	**แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**						
	๓๘. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๑๑๙	**ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	≥ร้อยละ ๘๐	HR	-แผน สธ.มค.	
	๓๙. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑๒๐	***ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	HR	-แผน สธ.มค.	
	๔๐. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	๑๒๑	**องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ				
			***๑๒๑.๑) ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐	HR	-แผน สธ.มค.	
			**๑๒๑.๒) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ระดับจังหวัดร้อยละ ๒๐	HR	-แผน สธ.มค.	
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	**แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ**						
	๔๑. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส	๑๒๒	***ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๒	บท.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒๓	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ ๓๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒๔	***ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๙๐	บท.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒๕	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	ร้อยละ ๑๐๐	กม.	-แผน สธ.มค.	
	๔๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๑๒๖	***ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒๗	***ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓				
			***๑๒๗.๑) โรงพยาบาลทั่วไป มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ ๑๐๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			***๑๒๗.๒) โรงพยาบาลชุมชน มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ ๙๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒๘	**ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	Accreditation (สะสม) ร้อยละ ๗๕	สสป.	-แผน สธ.มค.	
		๑๒๙	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS				
			***๑๒๙.๑) รพท./รพช.ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๑) พร. ๒) สวล.	-แผน สธ.มค.	
			***๑๒๙.๒) สถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	อย่างน้อยเขตสุขภาพละ ๒ แห่ง	๑) พร. ๒) สวล.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
		๑๓๐	การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง (นโยบาย นพ.สสจ.)	N/A	พร.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ						
	๔๓. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ	๑๓๑	***ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ ๘๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๑๓๒	***ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๑๓๓	***จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	อย่างน้อย จังหวัดละ ๕ โรงพยาบาล	พร.	-แผน สธ.มค.	
		๑๓๔	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ร้อยละ ๖๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๑๓๕	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	ร้อยละ ๕	พนย.	-แผน สธ.มค.	
	๔๔. โครงการ Smart Hospital	๑๓๖	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ						
	๔๕. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๑๓๗	***ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ ๗≤๔%/ ระดับ ๖≤๖%	ปก.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๑) หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ	รพ.ร้อยละ ๘๐ รพ.สต. ร้อยละ ๘๐	ปก.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๒) ผลตอบแทนของการลงทุนจัดบริการ Service Plan (Service Plan Return on Investment: SPROI) COVID-19, Stroke & STEMI, ODS & MIS ในหน่วยบริการ	> ร้อยละ ๔๐	พร.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๓) หน่วยบริการที่มีการบริหารความเพียงพอของทรัพยากรทางการแพทย์ (Medical Supply Sufficiency) ที่มีคุณภาพ (๔S๔P)	> ร้อยละ๘๐	๑) คบส. ๒) บท. ๓) พนย.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๔) การบริหารการจ่ายเงิน (Payment Management) ระดับดี	> ร้อยละ๙๐	บท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๕) การบริหารการจ่ายเงิน: Defect debt	< ร้อยละ ๑๐	บท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๖) ความครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพต่างด้าวที่มารับบริการตรวจสุขภาพ	> ร้อยละ๙๕	ปก.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๗) การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (PP/OP)	> ร้อยละ๗๐	ปก.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๘ ประสิทธิภาพการบริหารค่าตอบแทนกำลังคน (พตส.) เบิกจ่ายทันเวลา	> ร้อยละ๙๐	๑) HR ๒) บท.	-แผน สธ.มค.	
			๑๓๗.๙ Primary Care Decentralization ความพร้อมของ รพ.สต. ในการถ่ายโอน	> ร้อยละ๙๐	พนย.	-แผน สธ.มค.	
		๑๓๘	ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	อย่างน้อย ร้อยละ ๘๐	คบส.	-แผน สธ.มค.	
		๑๓๙	คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ	ร้อยละ ๑๐๐	บท.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ						
	๔๖. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ	๑๔๐	***จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	อย่างน้อย ๑๕ เรื่อง	พนย.	-แผน สธ.มค.	

ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน /โครงการ	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	การบูรณาการแผน	ความสอดคล้องกับแผน กสพ.
	เทคโนโลยีทางการแพทย์	๑๔๑	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	วิจัยเชิงคลินิก อำเภอละ ๑ เรื่อง	พท.	-แผน สธ.มค.	
	แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ						
	๔๗. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	๑๔๒	ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย ((๑) พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ (๓) พ.ร.บ. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พ.ร.บ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	ร้อยละ ๑๐๐	กม.	-แผน สธ.มค.	
			๑๔๒.๑) ร้อยละของการบริหารสัญญารับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	กม.	-แผน สธ.มค.	
			๑๔๒.๒) ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	กม.	-แผน สธ.มค.	

<u>หมายเหตุ</u>

ปี ๒๕๖๕ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ๑๗ แผนงาน ๕๐ โครงการ ๑๕๘ ตัวชี้วัด

ปี ๒๕๖๖ ประกอบด้วย ๖ ยุทธศาสตร์ ๑๗ แผนงาน ๔๗ โครงการ ๑๔๒ ตัวชี้วัด

* หมายถึง ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕

** หมายถึง ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ และตัวชี้วัดตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕

*** หมายถึง ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖

- 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 ๒๕๖๖ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์

ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	จำนวนแผนงาน	จำนวนโครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	การบูรณาการแผน	
					แผน สธ.มค.	แผน กสพ.
๑	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน 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	๕๑	๕๑	๔๓
๔	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๕	๒๔	๖๓	๖๓	๓๑
๕	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	๑	๓	๓	๓	๐
๖	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	๕	๗	๒๑	๒๑	๐
รวม	**๖ ประเด็นยุทธศาสตร์**	**๑๗**	**๔๗**	**๑๔๒**	**๑๔๒**	**๗๖**

๑๑. สรุปแผนงาน/โครงการ จำนวนตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และจำนวนตัวชี้วัดที่บูรณาการกับแผน กสพ. ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ 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 : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (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	๑๒	๙ (๑๔*)
			๔. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	๖	๖
			๕. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑	๑
			๖. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๕	๕
			๗. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๒	๑
		แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	๘. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	๑	๐
		แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	๙. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๑	๑
			๑๐. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๕	๔
			๑๑. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๑๑	๙
			๑๒. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๖	๒
		แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑๓. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑	๐
๔	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	๑๔. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๔	๒
			๑๕. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.	๔	๔
		แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๔	๒
			๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๖	๑
			๑๘. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	๓	๐
			๑๙. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๑	๐
			๒๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๑	๐
			๒๑. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	๑	๐
			๒๒. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓	๒

ที่	ประเด็นยุทธศาสตร์	แผนงาน	โครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	จำนวนตัวชี้วัดที่บูรณาการกับแผน กสพ.
			๒๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๒	๑
			๒๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และออร์โธปิดิกส์)	๒	๐
			๒๕. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๑	๐
			๒๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๔	๐
			๒๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๑	๑
			๒๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๑	๐
			๒๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๑	๐
			๓๐. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๑	๑
			๓๑. โครงการการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care: IMC)	๑	๐
			๓๒. โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery: ODS	๒	๐
			๓๓. โครงการกัญชาทางการแพทย์	๑	๐
			๓๔. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก	๕	๕ (๑๓*)
		แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๓๕. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๗	๑
		แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	๓๖. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพื้นที่เฉพาะ	๓	๑
		แผนงานที่ ๑๑ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๓๗. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔	๒
๕	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๓๘. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๑	๐
			๓๙. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑	๐
			๔๐. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	๑	๐
๖	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง	แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๔๑. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส	๔	๐
			๔๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๕	๐
		แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	๔๓. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ	๕	๐
			๔๔. โครงการ Smart Hospital	๑	๐
		แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	๔๕. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๓	๐
		แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ	๔๖. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	๒	๐
		แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	๔๗. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	๑	๐
รวม	**๖ ประเด็นยุทธศาสตร์**	**๑๗ แผนงาน**	**๔๗ โครงการ**	**๑๔๒**	**๖๓ (๗๖*)**
(๗๖*) 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 โดยคำนึงถึงหลักวิชาการวัดผลความรู้ทักษะทัศนคติ 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

นิยามตัวชี้วัดและ

มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑
การพัฒนาขีดความสามารถ
ในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน
ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน
โครงการที่ ๑ : โครงการยกระดับความสามารถ ในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน

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

๒. คำนิยาม

๑. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจปัญหา เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น จำนวน ๖๖ เนื้อหา รายละเอียดในภาคผนวก

๒. กลุ่มวัย หมายถึง ช่วงวัยในการส่งเสริมสุขภาพประชากรทั้งประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้แก่ ๑) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี)/ ๒) กลุ่มเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ๓) กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๑๙ ปี) ๔) กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ ปี) และ ๕) กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) และผู้พิการ

๔. ระดับความสำเร็จ หมายถึง การดำเนินงานยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

(๑) ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๒) ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๓) ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (๑๕-๑๙ ปี) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๔) ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มวัยทำงาน (๑๕-๕๙ปี) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๕) ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) กลุ่มผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๖) Mapping บุคคล/ ชุมชน ที่มี Health Literacy ที่ดี ทุกกลุ่มวัย/ชุมชน เพื่อขยายผลในปีถัดไป ครอบคลุมทุกอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	ระดับ ๕	ระดับ ๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
๓. โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชน โดยใช้หลักการ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทร. ๐๘๕-๙๒๘๘๖๐๕ E-mail : ruangrith07@gmail.com
๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔ E-mail : sumalee@gmail.com
๓. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทร. ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐ E-mail : sangudchua@yahoo.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

๒) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

๓) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน **โครงการที่ ๑** โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมือง และชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน **ตัวชี้วัดที่ ๑** ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีมาตรการทางสังคมในการเฝ้าระวังโรคพฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป็นนโยบายและมาตรการสุขภาพขับเคลื่อนผ่าน พชจ. ๒. เลือกโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพจังหวัด พร้อมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่วิกฤติสำคัญของจังหวัด พร้อมวิเคราะห์หาต้นเหตุ พร้อมรับมืออย่างเท่าทัน ๓. พัฒนาสู่เมืองอาหารปลอดภัยโมเดลตลาดเขียวให้ครอบคลุมทั่วจังหวัดให้ผู้บริโภคมีค่านิยมและมีความรู้ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพให้ถูกต้อง และนำ Digital Literacy ในการเฝ้าระวังและสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน การใช้สื่อสังคมในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. นำนโยบาย พชอ. สู่ พชต. ลงสู่การปฏิบัติด้วยกระบวนการประชาคมร่วมกับภาคีเครือข่ายครอบครัว ชุมชน พัฒนาการทำงานของ พชอ. พชต. พชม. ๒. พัฒนาบทบาทของ สสอ. ยกระดับให้มีบทบาทสำคัญเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนในการป้องกัน และร่วมกันเพื่อพัฒนาเทศบัญญัติให้มีความเข้มข้นและถูกนำไปใช้ได้จริงมากขึ้น ๓. ใช้กองทุนประกันสุขภาพให้เกิดคุณค่าด้านสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชนมีบทบาทเรื่องการใช้เงินส่วนนี้และสนับสนุน อปท. ให้มีบทบาทในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ ๔. จัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.สต. ไปยังรพ.แม่ข่ายให้ปลอดภัยไร้รอยต่อ เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมของ รพ.สต. รพ.แม่ข่าย และหน่วยงานท้องถิ่น

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> - สร้าง Health Model (คนดี สุขภาพดี สังคมดี สิ่งแวดล้อมดี) จัดให้มีหลักสูตรและผู้นำการเปลี่ยนแปลงการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ - ส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพแก่ครอบครัว ชุมชน ผ่านกลไกของ อสม. หมอประจำครอบครัวและทีมหมอครอบครัว - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลักดันการใช้มาตรฐาน GREEN and CLEAN ใน รพ./รพ.สต. - หมู่บ้านจัดทำแผนของหมู่บ้านให้เชื่อมต่อในระดับตำบลและอำเภอ ส่งเสริมให้มีการธรรมนูญสุขภาพ - คืนหน้าที่กลับให้ชุมชนและท้องถิ่นสภาสุขภาพหมู่บ้าน พัฒนาบทบาทผู้นำท้องที่ และปราชญ์ชุมชนให้มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ - ปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความปลอดภัย เพิ่มประสิทธิภาพจัดการ รพ.สต. ให้เป็น รพ.สต. ติดดาว - การสร้างความเข้มแข็งในชุมชนโดยใช้กลไก ๓ หมอ - ประชาชนในชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ประเมินภาวะสุขภาพได้

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคาม เมืองเปี่ยมสุข
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน
โครงการที่ ๑ : โครงการยกระดับความสามรถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชน ทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ ประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๒ ประชาชนได้รับการประเมินผล Body Composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๒. คำนิยาม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง การเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพตามประเด็น โดยการเข้าถึงและใช้งาน แอปพลิเคชั่น ในการสร้างความรอบรู้ตามประเด็น ดังนี้

๑. หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงและการใช้แอปพลิเคชั่น Line Official Account แม่และเด็กเขต ๗

๒. ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๐-๕ ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงและใช้ ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก

๓. วัยรุ่น ในจังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ผ่าน Teenage Digital Platform (Line Official Teen Club)

*หมายเหตุ กลุ่มวัยเรียน, วัยทำงาน และวัยสูงอายุ มีการประเมินในตัวชี้วัดของกลุ่มวัยนั้นแล้ว

การประเมินสุขภาพด้วย Body Composition หมายถึง การใช้เครื่องมือในการวัดสัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย โดยใช้กระแสไฟฟ้าต่ำๆ ไหลผ่านเข้าสู่ร่างกายแล้ววัดความต้านทานต่อการไหลของกระแสในเนื้อเยื่อต่างๆ 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 (๒๐-๕๙ ปี) และ ๕) กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (๖๐ ปีนไป)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	NA	๘๐
๒. ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๘ ปี ขึ้นไปได้รับการประเมินผล Body Composition	NA	๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มมีความรอบรู้สุขภาพตามประเด็นสำคัญ และ ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) ด้วยเครื่อง Body Composition

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล/ แหล่งข้อมูล	ประเมินการเข้าถึงความรอบรู้สุขภาพตามประเด็น โดยการเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชั่น ในการสร้างความรอบรู้ตามประเด็น ดังนี้ ๑. หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเข้าถึงและการใช้แอปพลิเคชั่น Line Official Account แม่และเด็กเขต ๗ ๒. ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๐-๕ ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงและใช้ ๙ ย่าง เพื่อสร้างลูก ๓. วัยรุ่น ในจังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา ผ่าน Teenage Digital Platform (Line Official Teen Club) *<u>หมายเหตุ</u> กลุ่มวัยเรียน, วัยทำงาน และวัยสูงอายุ มีการประเมินในตัวชี้วัดของกลุ่มวัยนั้นแล้ว
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	๒. โรงพยาบาลและ รพ.สต. บันทึกในฐานข้อมูล Health Status ของ สสจ. มหาสารคาม ดูข้อมูลผ่าน Google from

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๒.๑ ร้อยละของประชาชนทุกกลุ่มวัย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = ประชาชนทุกกวัยเข้าถึง ความรอบรู้สุขภาพ ตามที่ผู้รับผิดชอบแต่ละงานกำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรทั้งหมด (ตามกลุ่มวัย)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล: ๒.๒ ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๘ ปี ขึ้นไปได้รับการประเมินผล Body Composition	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจประเมินสถานสุขภาพ (Health Status) ด้วยเครื่อง Body Composition
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงาน ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน **โครงการ ๑** โครงการยกระดับความสามรถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้สุขภาพและยกระดับการพึ่งตนเองในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน **ตัวชี้วัดที่ ๒** ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และได้รับการประเมินผล Body composition ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**<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 วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่ และองค์การปกครองส่วนจังหวัด ๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCD /health Station ๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน ๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบ ทุกๆ เดือน ๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย อบจ. พชอ. รพช. ๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหา ร่วมจัดกิจกรรม ๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD ๖. ประสานการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ เพื่อนำข้อมูล น้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว และจัดกลุ่มและกิจกรรมตามความเสี่ยง ๗. ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๘. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดทำคำสั่งระดับตำบล/รพ.สต. แผนงาน ทะเบียนการคัดกรองสุขภาพ ๒. มีแนวทางการดำเนินงาน /แผนการขับเคลื่อนงานคัดกรองสถานะสุขภาพ (Health Status)/ประเมินแยกกลุ่มความเสี่ยง (เขียว เหลือง ส้ม) /การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ ติดตามผล ๒.๑ ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วงตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูงของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว ๒.๒ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้ ๒.๓ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๖ ๒.๔ กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่เพื่อให้ได้ข้อมูล น้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี ๓.บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Health Status ของ สสจ. และโปรแกรมหลักของ สถานบริการ ๔. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD ๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

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

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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)
โครงการที่ ๒ : โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓ ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข
ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. คำนิยาม

๑. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจปัญหา เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเองแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น จำนวน ๖๖ เนื้อหา รายละเอียดในภาคผนวก

๒. ตำบลจัดการสุขภาพดี หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกๆ ภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน

๓. เมืองพลังแห่งความดี หมายถึง เมืองที่มีการยกระดับชุมชนสู่ต้นแบบนิเวศน์สุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกกลุ่มวัย ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๔. สุขภาพดี หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือ ความพิการเท่านั้น ต้องมีสมรรถภาพร่างกายที่ดี มีจิตใจแจ่มใส อารมณ์เบิกบาน อยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดีไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรคประจำตัว หรือถ้ามีก็สามารถควบคุมได้

๕. ความสุขที่ยั่งยืน หมายถึง ความสุขของบุคคลและกลุ่มคน ที่อยู่ในครอบครัวดี/เครือข่ายดี/องค์กรดี/ชุมชนดี สภาพแวดล้อมดีที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. เมืองพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน หมายถึง เมืองที่มีการยกระดับสู่ต้นแบบนิเวศน์สุขภาพ ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกกลุ่มวัย ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง โดยเสริมสร้างค่านิยมในการทำงานแก่ประชาชนที่มุ่งเน้นการมีสุขภาพดี ลดการบาดเจ็บในการทำงาน และมีการระดมพลังเครือข่ายทุกระดับ

๗. ระดับความสำเร็จ หมายถึง การดำเนินงานยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน

(๑) ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และงบประมาณโครงการพระราชดำริ และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๒) Mapping พลังความดี (คนดี/ ครอบครัวดี/เครือข่ายดี/องค์กรดี/ชุมชนดี) เพื่อขยายผลสู่เมืองแห่งความดี การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน

(๓) ขยายผลคนดี/ครอบครัวดี/เครือข่ายดี/องค์กรดี/ชุมชนดี ด้านสุขภาพ ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และอื่นๆ ครบทุกตำบล

(๔) ประกาศนโยบายตำบลรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน (ตามบริบทของพื้นที่) ทุกตำบล

(๕) ประกาศนโยบายอำเภอรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน (ตามบริบทของพื้นที่) ทุกอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ตัวชี้วัดที่ ๓ ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดี มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐ ของทุกตำบลในจังหวัด)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐ ของทุกตำบลในจังหวัด)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐ ของทุกตำบลในจังหวัด)
ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบลยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	-	-	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
๓. โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทร. ๐๘๕-๙๒๘๘๖๐๕ E-mail : ruangrith07@gmail.com
๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔ E-mail : sumalee@gmail.com
๓. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทร. ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐ E-mail : sangudchua@yahoo.com

ภาคผนวก
รายละเอียด (Health Literacy) จำนวน ๖๖ ตัว
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตัวชี้วัดที่	Health Literacy
กลุ่มที่ ๑ กลุ่มความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ (Basic Health Knowledge and concept) จำนวน ๒๕ ข้อ	
	กินอาหารสุขภาพ
๑	การกินอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม และเพิ่มผักผลไม้
๒	การกินอาหารปรุงสุกใหม่ ใช้ช้อนกลาง และล้างมือให้สะอาด
๓	การดื่มน้ำสะอาด ๖ - ๘ แก้วต่อวัน และกินอาหารให้ครบทั้งเนื้อสัตว์ ผัก ข้าว ผลไม้ และสับเปลี่ยนรายการอาหาร โดยไม่จำเป็นต้องกินอาหารเสริม
๔	การกินอาหารหวาน มัน เค็ม กินผักและผลไม้น้อย การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ และไม่ออกกำลังกาย ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบ
๕	การรู้ว่าผลไม้บางชนิดมีน้ำตาลและพลังงานสูง เช่น ทุเรียน ลำไย จึงควรกินแต่น้อย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันเลือด (โลหิต)
	กิจกรรมทางกาย
๖	การลุกขึ้น เดิน เปลี่ยนท่าทาง ทุก ๒ ชั่วโมง จะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง
๗	การสนับสนุนให้วัยเรียนและวัยรุ่นทำกิจกรรมที่ได้ออกแรงจนรู้สึกเหนื่อย อย่างน้อยวันละ ๑ ชั่วโมง
๘	การออกแรงเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่กล้ามเนื้อ วันเว้นวัน
๙	การป้องกันหรือเลี่ยงอาการออฟฟิศซินโดรม ด้วยการพักสายตาจากจอคอมพิวเตอร์ และยืดเหยียดกล้ามเนื้อมือและแขนทุก ๑ ชั่วโมงอย่างน้อย ๑-๑๐ นาที
	บุหรี่และสุรา
๑๐	การไม่สูบบุหรี่หรือสูดดมควันบุหรี่ เพราะเป็นอันตรายถึงชีวิต และผิดกฎหมายหากสูบในที่ห้ามสูบ
๑๑	การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรง เช่น โรคตับแข็ง โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง
	ดูแลและประเมินสุขภาพตนเอง
๑๒	การประเมินภาวะอ้วนลงพุงได้ด้วยตนเอง โดยการวัดเส้นรอบเอวแนวสะดือ ผู้ชายไม่ควรเกิน ๙๐ เซนติเมตร ผู้หญิงไม่ควรเกิน ๘๐ เซนติเมตร
๑๓	การวัดไข้ วัดความดันเลือด (โลหิต) และจับชีพจรของตนเองได้ เป็นเรื่องจำเป็น
๑๔	การรู้ค่าความดันเลือด (โลหิต) อัตราการเต้นของหัวใจของตนเองและบอกได้ว่าผิดปกติหรือไม่

ตัวชี้วัดที่	Health Literacy
๑๕	การรู้อาการเบื้องต้นของโรคเบาหวาน
๑๖	การไม่ด่วนสรุปว่าการปวดศีรษะและเวียนศีรษะมาจากโรค ความดันเลือด (โลหิต) สูงเท่านั้น ควรตรวจวัดความดันเลือด (โลหิต) และหาสาเหตุอย่างละเอียด ก่อนใช้ยาลดความดันเลือด (โลหิต)
	การดูแลสุขภาพเบื้องต้น
๑๗	การที่สามารถดูแลตัวเองเมื่อเจ็บป่วยเบื้องต้น ด้วยยาสมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน ยาสามัญประจำบ้านทั้งแผนปัจจุบัน แผนโบราณ และใช้ยาเท่าที่จำเป็น
๑๘	การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง โรคประจำตัว การแพ้ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยาที่เคยใช้ ต่อแพทย์หรือเภสัชกร
๑๙	การต้องมีเป้าหมายในชีวิต และจัดการตนเองให้ไปสู่เป้าหมายนั้นให้ได้ โดยวัยรุ่นไทยต้องรู้จักตั้งเป้าหมายเพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในชีวิต
๒๐	การรู้สัญญาณเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย เช่น พยายามทำร้ายตัวเอง และควรเฝ้าระวังผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเพราะอาจทำซ้ำได้
	ดูแลสิ่งแวดล้อม
๒๑	การรักษาสิ่งแวดล้อมด้วยการลดปริมาณขยะ ลดการใช้โฟม และพลาสติกที่ใช้แล้วทิ้ง ใช้ภาชนะที่เหมาะกับการบรรจุอาหาร อาหารร้อนจัดต้องใช้วัสดุที่เหมาะสม ใช้ถุงผ้าหรือกระเป๋าแทนถุงพลาสติก
๒๒	“๓ เก็บ ๓ โรค” ได้แก่ เก็บบ้านไม่ให้รก เก็บขยะ และเก็บน้ำโดยภาชนะเก็บน้ำปิดให้มิดชิด ไม่ให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย ป้องกันไข้เลือดออก ไข้ซิกา และไข้ปวดข้อยุงลายหรือชิคุนกุนยา
๒๓	การกำจัดฝุ่นและควันในบ้าน งดการเผาขยะ ลดการจุดธูป ไม่สูบบุหรี่ในบ้าน ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศอย่างถูกวิธี และปลูกต้นไม้ช่วยลดมลพิษ
๒๔	การรู้จักสัญลักษณ์ของวัตถุและสถานที่อันตราย
๒๕	การใส่หมวกนิรภัย คาดเข็มขัดนิรภัย และขับรถไม่เกินความเร็วที่กำหนด ถ้ามีอาการเหนื่อยล้า ง่วงนอน หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ควรขับรถ
กลุ่มที่ ๒ กลุ่มวิถีชีวิตและพฤติกรรม (Health Lifestyle and behaviors) จำนวน ๒๙ ข้อ	
	การป้องกันโรคติดต่อ
๑	เมื่อมีอาการไอหรือจามควรป้องกันตนเองและผู้อื่นด้วยการใส่หน้ากากอนามัย ควรล้างมืออย่างถูกวิธี และควรรู้ว่าสามารถรับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้ฟรีในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ ที่สถานพยาบาลของรัฐใกล้บ้าน
๒	การไม่ขับถ่ายบนพื้นดินหรือแหล่งน้ำ และใช้ส้วมอย่างถูกต้อง เช่น ไม่ขึ้นไปเหยียบบนโถส้วมแบบนั่งราบ ชำระล้างโถส้วมหลังการใช้ ล้างมืออย่างถูกวิธีทุกครั้งหลังการใช้ส้วม
	เพศ และโรคติดต่อทางเพศ
๓	การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์

ตัวชี้วัดที่	Health Literacy
๔	การใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ไม่ทำให้ติดเชื้อ
๕	การส่งเสริมการเรียนเพศศึกษา และการใช้ถุงยางอนามัยให้ถูกวิธี
	อาหารปลอดภัย
๖	การซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าที่สะอาด มีการปิดคลุมอาหาร ป้องกันความสกปรกและเชื้อโรค ไม่ใช้มือเปล่าหยิบจับอาหาร หากบรรจุมาแล้วต้องมีวันหมดอายุที่ชัดเจน
	การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ
๗	การอ่านและทำความเข้าใจฉลากผลิตภัณฑ์ บริการสุขภาพ เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย รู้วิธีการที่จะค้นคว้าตรวจสอบจากแหล่งที่เชื่อถือได้ และรู้ว่าจะร้องเรียนได้ที่ใด
๘	การอ่านและตรวจสอบข้อมูลก่อนตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพร และควรดูที่มีเครื่องหมายรับรองมาตรฐานการผลิตที่ดี (จี เอ็ม พี GMP)
	การส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธ์ และตั้งครรภ์
๙	ผู้หญิงอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป ควรตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม
๑๐	ผู้หญิงอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย ๕ ปีครั้ง ในกรณีปกติ
๑๑	หญิงวัยเจริญพันธุ์ควรกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กและวิตามินโฟลิก สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง เพื่อให้สุขภาพแข็งแรงและไม่ซีด
๑๒	การสร้างการรับรู้ว่าช่วงอายุ ๒๐-๓๐ ปี เหมาะสมในการตั้งครรภ์มากที่สุด
๑๓	หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร ควรกินอาหารที่มีประโยชน์มีผักผลไม้ทุกวัน เน้นปลา ตับ ไข่ และเสริมด้วยยาเม็ดบำรุงครรภ์ ประกอบด้วยไอโอดีน ธาตุเหล็ก วิตามินโฟลิก (วิตามินบี ๙) เพื่อลูกจะได้ฉลาดและแข็งแรง
๑๔	การสนับสนุนการคลอดโดยธรรมชาติซึ่งเป็นวิธีการที่มีความเสี่ยงน้อยกว่าการผ่าคลอด
๑๕	หญิงตั้งครรภ์ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้คลอดก่อนกำหนด ทารกตายในครรภ์ หรือเกิดมาพิการ มีพัฒนาการผิดปกติ
๑๖	หญิงหลังคลอดบุตรสามารถลดความเสี่ยงจากอาการซึมเศร้าด้วยการให้นมแม่ ขยับเขยื้อนเคลื่อนไหวร่างกาย และชวนพูดคุย หากมีอาการซึมเศร้า ควรพบจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา
	เด็ก
๑๗	การให้ลูกกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน โดยไม่ต้องกินน้ำ เมื่อครบ ๖ เดือน จึงให้อาหารตามวัยไปพร้อมกัน และสามารถให้นมแม่ต่อเนื่องจนถึงอายุ ๒ ปี
๑๘	การเฝ้าระวังเมื่อเด็กมีไข้ ถ้ามีจุดหรือผื่นแดงในช่องปาก มีตุ่มที่ฝ่ามือและฝ่าเท้า อาจเป็นโรคมือเท้าปาก ควรไปพบแพทย์เพื่อปฏิบัติให้ถูกต้อง ระวังการแพร่เชื้อในโรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก และในครอบครัว
๑๙	การพบว่าเด็กมีไข้ ติดต่อกันเกิน ๓ วัน ต้องรีบพาไปพบแพทย์

ตัวชี้วัดที่	Health Literacy
๒๐	การห้ามเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี ใช้ อุปกรณ์เทคโนโลยี เช่น โทรทัศน์ สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต ตามลำพัง หรือไม่ควรใช้เกิน ๑-๒ ชม.ต่อวัน เพราะจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมองและสมาธิของเด็กภายหลังได้
๒๑	เมื่ออยู่ใกล้แหล่งที่มีน้ำ ควรให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี อยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิด และสอนเด็กที่รู้ความให้รู้จักป้องกันการจมน้ำ ด้วยหลัก “อย่าใกล้ อย่าเก็บ อย่าก้ม”
๒๒	การตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องเล่น ให้อยู่ในสภาพดีก่อนให้เด็กเล่น และดูแลให้เล่นอย่างปลอดภัย
๒๓	การพบเด็กที่ซุกซน ไม่อยู่นิ่ง ใจลอย ไม่อดทนรอ ไม่ค่อยพูด
	ไม่สบตา ไม่เข้าสังคม บอกความต้องการไม่ได้ ควรพาไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
๒๔	การสนับสนุนพ่อแม่ และผู้ดูแลให้เลี้ยงเด็ก ด้วยการกิน กอด เล่น เล่านิทาน นอนให้พอ ดูแลช่องปากและฟัน เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยในทุกด้าน
๒๕	เด็กแรกเกิดถึงอายุ ๑๒ ปี ทุกคนควรได้รับวัคซีนที่ครบถ้วนตามวัย
๒๖	เด็กแรกเกิดถึง ๖ ปี ทุกคนต้องได้รับการประเมินพัฒนาการตามวัย
	ผู้สูงอายุ
๒๗	การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เพื่อชะลอวัย มีจิตใจที่แจ่มใส ลดภาวะหลงลืม
๒๘	การสังเกตอาการของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนไป เช่น เหม่อลอย ชอบอยู่คนเดียว นอนไม่หลับ หงุดหงิดง่าย ต่อเนื่องกัน ๒ สัปดาห์ขึ้นไป อาจเป็นโรคซึมเศร้า ควรปรึกษาจิตแพทย์
๒๙	การปรับโครงสร้างและสภาพแวดล้อมของบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
กลุ่มที่ ๓ กลุ่มทักษะสุขภาพ (Health skills) จำนวน ๑๒ ข้อ	
	จัดการความเครียด
๑	การจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม
	นอนหลับ
๒	การนอนหลับ (สนิท) ๗-๘ ชั่วโมงต่อคืน
	สุขภาพช่องปาก (Oral health)
๓	การดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ด้วยการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ อย่างน้อยครั้งละ ๒ นาที วันละ ๒ ครั้ง และงดกินอาหารหลังแปรงฟัน ๒ ชั่วโมง
	วิธีดูแลอุปกรณ์ทำครัว
๔	การล้างเขียงให้สะอาด เขียงไม้ต้องหมั่นนำออกผึ่งแดดเพื่อป้องกันเชื้อรา และเก็บไว้ให้สูงกว่าพื้นอย่างน้อย ๖๐ เซนติเมตร แยกใช้เขียงสำหรับอาหารดิบ อาหารปรุงสุก และผักผลไม้
	การใช้ยา
๕	การเฝ้าระวังเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะและยาที่ทำให้เสพติดได้

ตัวชี้วัดที่	Health Literacy
	ความปลอดภัย อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน
๖	การมีอาการใดอาการหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ ใบหน้าและปากเบี้ยว แขนขาอ่อนแรงซีกเดียว พูดไม่ชัด และเจ็บหน้าอก ควรรีบไปโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัดทันที
๗	การพบผู้ป่วยฉุกเฉิน ควรแจ้ง ๑๖๖๙ และปั๊มหัวใจเพื่อช่วยชีวิตหากมีภาวะหัวใจหยุดเต้น
๘	การพบคนตกน้ำ ให้ช่วยด้วยวิธี “ตะโกน โยน ยื่น”และ โทร ๑๖๖๙ ห้ามจับอุ้มพาดบ่า/กดท้อง/ห้อยหัว เพื่อเอาน้ำออก หากหยุดหายใจต้องช่วยด้วยการเป่าปากสลับกับการกดนวดหัวใจ
๙	การเข้าใจว่าโรคบางโรคไม่สามารถรักษาให้หายขาด หรือกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิมได้
๑๐	การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เราสามารถขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นเปรียบเทียบได้
๑๑	การเลือกการรักษาในระยะสุดท้ายของชีวิตได้
๑๒	การรู้ว่าจะใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของตนได้ที่ใด รู้จักทีมหมอครอบครัวในพื้นที่และสามารถสอบถามเรื่องค่าใช้จ่ายตลอดจนข้อสงสัยต่าง ๆ ได้

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

๒) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) **โครงการที่ ๒** โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชนเครือข่ายทุกระดับเพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City) **ตัวชี้วัดที่ ๓** ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข **ตัวชี้วัดที่ ๔** ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบลยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และรวมพลังแห่งความดีสู่การมีสุขภาพดีและมีความสุขที่ยั่งยืน มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ๑๗ เป้าหมาย (Sustainable Development Goal: SDGs) บูรณาการสู่แผนสุขภาพของจังหวัด ๒. บูรณาการระบบข้อมูลให้นำใช้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ยกระดับการจัดการข้อมูล มีผู้รับผิดชอบข้อมูลที่ชัดเจน และจัดทำแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งสร้างช่องทางการสื่อสารข้อมูล **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์ชุมชนที่เกี่ยวข้องในการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน ลดปัญหาภัยคุกคามทางด้านสุขภาพในพื้นที่ ๒. สนับสนุนให้หน่วยงานเครือข่ายร่วมกันพัฒนาพื้นที่ให้เป็นชุมชนเมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City) ผ่านแนวคิด "หมู่บ้านนิเวศน์สุขภาพ" ในชนบท และ เขตเมือง **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. จัดทำ mapping ในเชิงพื้นที่ ของทุนความดีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประกอบด้วย คนดี/ครอบครัวดี/เครือข่ายดี/องค์กรดี/ชุมชนดี ๒. สร้างสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สนับสนุนให้มีการพัฒนาครัวเรือนต้นแบบ และพัฒนาชุมชนต้นแบบ พร้อมทั้งยกระดับการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ หรือเชิงสุขภาพ ๓. สร้างค่านิยมสุขภาพของประชาชนสู่ค่านิยมร่วมทางสุขภาพของชุมชน เน้นเข้าถึงประชาชนหมู่บ้านและการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างมืออาชีพและต่อเนื่อง สร้างตลาดนัดความรู้และปัญญาและนวัตกรรมสุขภาพระดับหมู่บ้านแบบครบวงจร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓
ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

๒. คำนิยาม

การคลอดมาตรฐาน หมายถึง

๑. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน

๒. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง

๓. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์

๓.๑ การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐานการจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์

๓.๒ ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด/แบบประเมิน EFM ตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์

๓.๓ ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น

๔. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน

๕. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด

(รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน

๕. แหล่งข้อมูล

ทีมประเมินระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๑ และ F๒ ขึ้นไปของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๑ และ F๒ ขึ้นไปของรัฐทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์

๒. คำนิยาม

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลก่อนคลอด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์

๒. คำนิยาม

การฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามินตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัดจำนวนอย่างน้อย ๘ ครั้ง ดังนี้

การนัดครั้งที่ ๑	เมื่ออายุครรภ์	≤ ๑๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๒	เมื่ออายุครรภ์	๒๐ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๓	เมื่ออายุครรภ์	๒๖ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๔	เมื่ออายุครรภ์	๓๐ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๕	เมื่ออายุครรภ์	๓๔ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๖	เมื่ออายุครรภ์	๓๖ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๗	เมื่ออายุครรภ์	๓๘ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๘	เมื่ออายุครรภ์	๔๐ สัปดาห์

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์	N/A	๕๐

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลก่อนคลอด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก

๒. คำนิยาม

หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

ป้องกันภาวะปัญญาอ่อนจากการขาดสารไอโอดีน ป้องกันความพิการแต่กำเนิด ป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัมในทารกแรกเกิด

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๒. คำนิยาม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๖	ไม่เกินร้อยละ 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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ

๒. คำนิยาม

ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีคะแนน APGAR ที่ ๑ นาที น้อยกว่าหรือมากกว่า ๗ คะแนน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	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 ≤ ๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B) x ๑,๐๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. คำนิยาม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

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 ร้อยละของเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

๒. คำนิยาม

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

- 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)

- การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ด้วยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

- 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)

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗
๕. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย

๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

- ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน 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 : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจ พัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ส่งต่อทันที) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า ครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจ พัฒนาการ และพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ที่ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	
รายการข้อมูล ๑	A = เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าได้รับกระตุ้น TEDA๔I ครบเกณฑ์ (๒.๑+๒.๒) + อยู่ระหว่างการกระตุ้น (๒.๓) +กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ (๒.๔) จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๒	B = เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ๑B๒๖๒ (๑.๑) + ไม่สมวัยหลังกระตุ้น ๑B๒x๒ (๑.๒) - สมวัยก่อนเข้า Teda๔i (๑.๓) จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

๓. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี

๒. คำนิยาม

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

- สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ.๒๕๖๓ (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

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

- สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน

- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กเพศหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๔	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๖
๒. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี - เด็กชาย (เซนติเมตร) - เด็กหญิง (เซนติเมตร)	 - ๑๑๓ ซม. - ๑๑๒ ซม.	 - ๑๑๓ ซม. - ๑๑๒ ซม.

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๒. เพื่อพัฒนาการคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิก ANC WCC สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล

๕. แหล่งข้อมูล

- ระบบรายงาน HDC (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
B๒ = จำนวนประชากรชายอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
B๓ = จำนวนประชากรหญิงอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
๑) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน = (A๑ / B๑) × ๑๐๐ ๒) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี = (A๒ / B๒) ๓) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี = (A๓ / B๓)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖
๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน
ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH มากกว่า ๑๑.๒ mU/L)

๒. คำนิยาม
ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L หมายถึง ทารกแรกเกิด อายุ ๒ วันขึ้นไปที่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าเพื่อตรวจหาปริมาณ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ผลการตรวจพบว่ามีค่า TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิยูนิตต่อลิตร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๓

๔. วัตถุประสงค์
ป้องกันและลดภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

๕. แหล่งข้อมูล
ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดอายุ ๒ วันขึ้นไปมีค่า TSH > ๑๑.๒ mU/L ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กแรกเกิดอายุ ๒ ขึ้นไปทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๑ ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๒ ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ

๒. คำนิยาม

การพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน คือ การดำเนินงานลานเล่นในหมู่บ้านตามค่ากลางลานเล่นที่กำหนด และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมตามเกณฑ์คุณภาพ

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

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

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
๑. นโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการ	๑. กำหนดนโยบายให้มีลานเล่นในชุมชนทุกหมู่บ้าน 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 ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อหมู่บ้าน หรือกองทุนสุขภาพตำบล	๑. ประชาคมคืนข้อมูลแก่ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการฯ แบบมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชนโดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการและ อปท. สนับสนุนทรัพยากร ๒. ชุมชนมีการประกาศเป็นบันทึกข้อตกลง/นโยบายร่วมกัน ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชน ๓. มีการจัดเวรดูแลเด็กในแต่ละวัน

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
๒. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้	๕. มีพื้นที่และขอบเขตชัดเจนที่เอื้อต่อการเรียนรู้และกิจกรรมของลานเล่นในชุมชน, อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย มีร่มไม้หรือร่มเงา 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. กิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ในลานเล่น	๙. ปราชญ์ชาวบ้านและ อสม. ร่วมกันจัดทำของเล่นภูมิปัญญาท้องถิ่น ๑๐. จัดหาหนังสือนิทานสำหรับเด็ก ๐-๕ ปี และมีกิจกรรมการเล่านิทานในลานเล่น โดยผู้สูงอายุ ปราชญ์ชาวบ้าน จิตอาสา นักเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก ๑๑. มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าระวังความปลอดภัย โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปาก อย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดย อสม. นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดกิจกรรม ๑๒. ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และอสม. ร่วมส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM - ส่งเสริมโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบศรีษะ ทุก ๓ เดือน ในเด็กภาวะโภชนาการปกติ และทุก ๑ เดือนในเด็กภาวะโภชนาการผิดปกติ หากพบผิดปกติ ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - มีการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจการได้ยิน ประเมินความเสี่ยงภาวะเสี่ยงด้าน	๖. มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าระวังความปลอดภัย-โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดย อสม. นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดกิจกรรม ได้แก่ **๖.๑ กิน :** ๑) มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสาธิต การจัดอาหารตามวัยให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก เน้นกินไข่วันละฟอง และมีการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ทุกคนกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๒) มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/ความยาวเด็กปฐมวัย และสอนพ่อแม่ผู้ปกครองการแปรผลตามกราฟการเจริญเติบโต **๖.๒ เล่น :** คนในชุมชนร่วมจัดทำของเล่นเพื่อส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
	ครอบครัว เด็กและสภาพแวดล้อม - จัดทำทะเบียนรายคน รายหมู่บ้านและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและจ่ายวิตามินให้เด็ก ๖ เดือน – ๕ ปี ทุกคนสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง ๑๓. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองในลานเล่นชุมชน สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	ทั้ง ๕ ด้าน ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น **๖.๓ เล่า :** ๑) มีมุมนิทาน มีระบบยืม/คืนของเล่นและหนังสือนิทานไปใช้ที่บ้าน ๒) มีกิจกรรมเล่านิทาน ในลานเล่นโดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก จิตอาสา ปราชญ์ชาวบ้าน เป็นต้น **๖.๔ ฟัน :** ๑) มีการสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กให้ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๑ ครั้ง
๔. การติดตามและประเมินผล	๑๔. ประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ DSPM/DAIM ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ๑๕. ประเมินภาวะเสี่ยง ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ ๑๖. ประเมินผลการดำเนินงานโดยการคืนข้อมูลสุขภาพเด็ก เช่น พัฒนาการและโภชนาการให้กับพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้อง (พชอ./พชต./คกก.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)	๗. มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนผู้ร่วมกิจกรรม/ใช้ลานเล่น ๘. มีการประเมินผลความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้อง ๙. มีการประเมินสภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ใช้บริการในลานเล่น เรื่อง พัฒนาการ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการใช้หน้าจอ (โทรศัพท์ แท็บเล็ต และโทรทัศน์) ๑๐. มีการสรุปผลและข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

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

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กในชุมชน

๒. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย

๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลในหมู่บ้าน

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๓** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย **ตัวชี้วัด ๕** ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน **ตัวชี้วัด ๖** อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ **ตัวชี้วัด ๗** อัตราการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ **ตัวชี้วัด ๘** ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก **ตัวชี้วัด ๙** ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม **ตัวชี้วัด ๑๐** อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน **ตัวชี้วัด ๑๑** อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน **ตัวชี้วัด ๑๔** ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน	<u>**แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด**</u> ๑. ผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน/การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.) ๒. ประชุม MCH board ระดับจังหวัดทุก ๓ เดือน ๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) ” และ“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ ๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพไร้รอยต่อ ๕. ส่งเสริม สนับสนุน One province One MCH.B. Team ๖. จัดโซนนิ่ง (Zoning) และระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงตามมาตรการการป้องกันมารดาเขต ๗ ๗. ส่งเสริม สนับสนุน ให้มีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ๙. ส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต ๑๐. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของ<u>หญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์</u>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
ตัวชี้วัด ๑๔.๑ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	๑๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official ๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการการทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ พยาบาล ๑๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก 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/การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอทุก ๓ เดือน ๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.๐)” และ“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอ ๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพไร้รอยต่อ ๕. สนับสนุน One province One MCH.B. Team ๖. จัดระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อพบสูตินรีแพทย์ ๗. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ ๘. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๙. จัดระบบและขับเคลื่อนการใช้ line Account Official โดยมีแอดมินทุกอำเภอในการตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในกลุ่มไลน์ ๑๐. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต ๑๑. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธ์และหญิงตั้งครรภ์ ๑๒. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชอ. ๑๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ ๑๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก ๑๕. จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ๑๖. ร่วมพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification) ๑๗. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มและ surveillance system ๑๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ๑๙. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข
	แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โดยใช้กลไก MCH. Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ๒.สร้างกระแส/รณรงค์ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0)” และ“มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน” เป็นนโยบายสำคัญตำบล ๓. จัดบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพให้ได้มาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก ๔. จัดระบบติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยง รวมทั้งส่งต่อเพื่อพบแพทย์, สูตินรีแพทย์

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official ๖. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่ ๗. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต ๘. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธ์และหญิงตั้งครรภ์ ๙. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชต. ๑๐. สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย ให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการตามคุณภาพ ๑๑. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มให้ถูกต้องตามเวลาที่กำหนด ๑๒. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการ ๓** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย **ตัวชี้วัด ๑๒** เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย **ตัวชี้วัด ๑๒.๑** ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย **ตัวชี้วัด ๑๒.๒** ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ **ตัวชี้วัด ๑๒.๓** ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า **ตัวชี้วัด ๑๒.๔** ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม **ตัวชี้วัด ๑๒.๕** ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) 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 4.0) 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 ปี หรือมากกว่า ๗. จัดทำหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อให้ชุมชนมีแนวปฏิบัติการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชน ๘. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน best practice เช่น ลานเล่นในชุมชนและการส่งเสริมพัฒนาการตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ๙. สนับสนุนให้สถานบริการบริการสาธารณสุขทุกระดับ และภาคีเครือข่ายมีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก ๑๐. จัดทำแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ๑๑. จัดทำแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
ตัวชี้วัด ๑๓ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี **ตัวชี้วัด ๑๕** ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน	๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย ๑๓. พัฒนาลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ ๑๔. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน 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 4.0) เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ โดยมีคณะกรรมการ พชอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอ ๓. สร้างกระแส/รณรงค์ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) 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 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า ๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) ในระดับอำเภอ/ตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พชอ. ๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติอาหารเด็ก อายุ ๖ เดือน–๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	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 การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น ๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือน ทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก ๒๑. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ๒๒. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม ๒๓. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/สรุปผล/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน /การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) 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 4.0) เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอ และตำบล ๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐาน ในคลินิก 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 ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า ๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0) 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

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	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 และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila 4.0)และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น ๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือน ทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก ๒๑. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ๒๒. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม ๒๓. สรุปผลการดำเนินงาน/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ

๒. คำนิยาม

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

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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย มีสุขภาพช่องปากที่ดี

๒. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพทั้งในเรื่องการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแลและจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และคุณภาพของเด็กปฐมวัย

๓. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถานเด็กปฐมวัย

๕. แหล่งข้อมูล ทีมประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด อำเภอ

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการ ๓** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพ คนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย **ตัวชี้วัด ๑๖** ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	**<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

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับงานตำบล</u> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ/ตำบล และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่อยงานสาธารณสุข ๒. ส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ๓. ร่วมกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและส่งรายงานให้อำเภอ 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๗ 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	๒๕๖๔	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 จากการสำรวจระดับสติปัญญา เด็กชั้น ป.๑ ทั่วประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง

B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)

ระยะเวลาประเมินผล สิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐
นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๓-๖๗๕ ๗๒๑๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๑** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย **ตัวชี้วัด ๑๗** เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓	**<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>แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ</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 (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ดำเนินการ)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	- SNAP-IV (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. ๓.๒. การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/ อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้ - 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน
ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กอายุ ๖ ปีเต็ม ถึง ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน 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 และโรงเรียนมัธยมศึกษาทุกสังกัด

โรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความพร้อมและสมัครเข้าสู่กระบวนการ ได้มีการประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน และผ่านการรับรองจากกรมอนามัย สะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๖๖	๖๖
ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๑๐	๑๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งมีภาวะการเจริญเติบโตสมวัย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข
๒. ข้อมูลจากโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน

๖. รายการข้อมูล

๑. เด็กนักเรียน (๖-๑๔ ปี) สูงดีสมส่วน จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน x ๑๐๐ จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
๒. ความครอบคลุม จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ทั้งหมดในโรงเรียน x ๑๐๐ จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
๓. ร้อยละโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) จำนวนโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS) x ๑๐๐ จำนวนโรงเรียนทั้งหมด จังหวัดมหาสารคาม

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริรัตน์ จ่ากุญชร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๖-๙๓๗๙๐๙๗

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๔** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น **ตัวชี้วัดที่ ๑๘** ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๖) **ตัวชี้วัดที่ ๒๑** ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ ๑๕)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับจังหวัด คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร คณะกรรมการประกวดโครงงานสุขภาพนักเรียน และทะเบียนผู้รับผิดชอบงานให้เป็นปัจจุบัน ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา โดยมีการ จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ ๒ ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้ - ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๖) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค. - ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ. ๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) เด็กไทยสายตาดี โดยติดตาม ควบคุม กำกับและ ประเมินผลเป็นรายเดือน - ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามที่พื้นที่ร้องขอ - ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล - ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	- ส่งเสริมให้มีการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่นักเรียนให้ครอบคลุม ๔. บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น ร่วมจัดกิจกรรมวันเด็ก ของจังหวัด กิจกรรมวันดื่มนมโลก Covid-19 in School ๕. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงานตรวจสุขภาพนักเรียนทุกภาคเรียน และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ HDC
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับอำเภอ คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ และทะเบียนผู้รับผิดชอบงานให้เป็นปัจจุบัน ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ(อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา โดยมีการ จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ ๒ ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้ - ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๖) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค. - ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ. ๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลเป็นรายเดือน - ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามที่พื้นที่ร้องขอ - ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล - ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน - ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - ส่งเสริมให้มีการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่นักเรียนให้ครอบคลุม - เด็กไทยสายตาดี - best practice ในอำเภอ เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ๔. บูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมจัดกิจกรรมวันเด็กในอำเภอ กิจกรรมวันดื่มนมโลก การตรวจวัดสายตาเด็กนักเรียน Covid-๑๙ in School เป็นต้น ๕. เยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. เร่งรัดติดตามการดำเนินงานตรวจสุขภาพนักเรียนทุกภาคเรียน การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ HDC
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับตำบล คณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และทะเบียนผู้รับผิดชอบงานของ รพ.สต. และโรงเรียนในพื้นที่ให้เป็นปัจจุบัน ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่ ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา โดยมีการ จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ ๒ ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้ - ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๖) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค. - ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ.

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลเป็นรายเดือน - ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามที่พื้นที่ร้องขอ - ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล - ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน - ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่นักเรียนให้ครอบคลุมทุกคน และมีมาตรการ/แนวทางในการตรวจติดตามการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของนักเรียน - best practice ในพื้นที่ เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ๔. บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมจัดกิจกรรมวันเด็กในตำบล กิจกรรมวันดื่มนมโลก การตรวจวัดสายตาเด็กนักเรียน Covid-19 in School เป็นต้น ๕. เยี่ยมเสริมพลังโรงเรียน เร่งรัดติดตามการดำเนินงานตรวจสุขภาพนักเรียนทุกภาคเรียน การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ HDC

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓. : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๙ 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 และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงพร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุขโดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง

ความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า หมายถึง ค่าคะแนนที่บ่งบอกว่าเด็กมีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป จากการประเมินด้วยแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
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 เป็นตัวแทนการประเมินโดยผลการประเมินได้จากการประเมินตาม “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู”

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า

B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี ๒๕๖๖ (โรงเรียนประถมศึกษา ๑ แห่งใน ๑ อำเภอ ที่เป็นพื้นที่เดียวกับการประเมินโรงเรียนเพชร เป็นตัวแทนประเมินครั้งนี้ โดยผลการประเมินได้จาก “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู”)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐
นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๓-๖๗๕ ๗๒๑๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงาน ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการ ๒** พัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น **ตัวชี้วัด ๑๕** ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	**<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 (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ดำเนินการ)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	- SNAP-IV (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. ๓.๒ การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/ อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/ คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้ - 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 (ส่งต่อให้พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ดำเนินการ) - SNAP-IV (ส่งต่อให้พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. ๑.๒ การคัดกรองปัญหา ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/ คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้ - แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ) - แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ) ๒. ส่งต่อข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นและติดตามดูแลต่อเนื่อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

๒. คำนิยาม

จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากข้อมูลในระบบ HDC ต่อจำนวน ประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted)	ไม่เกิน ๒๕ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ที่มีในแฟ้ม Labor

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิด มีชีพ (LBORN) และเป็นประชากร Type Area (PERSON = ๑,๓)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (เฉพาะประชากรType (PERSON) Area=๑,๓)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑	(A/B) X ๑,๐๐๐ = อัตราการคลอด HDC
รายการข้อมูล (adjusted)	a: ค่า adjusted = อัตราคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากฐานทะเบียนราษฎร์ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒ การเฝ้าระวังอัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted)	b: อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาส ที่ ๔ ของปีงบประมาณ ไตรมาสที่ ๑ = อัตราคลอด HDC X ๔/๑ ไตรมาสที่ ๒ = อัตราคลอด HDC X ๔/๒ ไตรมาสที่ ๓ = อัตราคลอด HDC X ๔/๓ ไตรมาสที่ ๔ = อัตราคลอด HDC X ๔/๔ aXb = การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted)

ระยะเวลาประเมินผล ทุก ๓ เดือน

เกณฑ์การประเมิน : พ.ศ. ๒๕๖๖

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

วิธีการประเมินผล ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางจารุวรรณ วรสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๘๗-๖๗๕๓๕๕๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๔** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น **ตัวชี้วัดที่ ๒๐** อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ๒. จัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๓. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๔. บูรณาการกับงานแม่และเด็ก ร่วมประชุม MCH board ระดับจังหวัด ๕. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับจังหวัด ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๖. มีการเยี่ยมเสริมพลัง/ เยี่ยมประเมิน โรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) ฉบับบูรณาการ เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (เยี่ยมเสริมพลัง กรณีมีการดำเนินงานครบร้อยละ ๑๐๐ และเยี่ยมประเมิน กรณียังไม่ครบ) ๗. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ -งานแม่และเด็กโดยร่วมเป็นคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด - งานอื่นๆ ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูบีนัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น ๙. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในการให้บริการฝังยาคุมกำเนิด ๑๐. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น ได้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุข หน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สภาเด็กและเยาวชน ๑๑. ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติการได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสารการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๒. ส่งเสริมสนับสนุนในการปฏิบัติการเชิงรุกการฝังยาคุมกำเนิด ในโรงเรียนที่มีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๓. ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกรายได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ๑๔. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูล HDC ๑๕. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน ๑๖. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ๑๗. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่เจ้าหน้าที่ของ รพ. สสอ. รพ.สต. ครู สภาเด็กและเยาวชน อปท. ๒. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับอำเภอ ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๓. นำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เข้าในวาระการประชุม พชอ. เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ๕. โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินครบ ๓ ปี จัดทำข้อมูลผลสถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี จัดทำแผนประเมินตนเองและนวัตกรรม ๖. โรงพยาบาล ที่ยังไม่ได้รับการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ จัดทำแบบประเมินตนเอง และขอรับการเยี่ยมประเมิน ๗. จัดให้มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่างๆ /มีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาผ่านแบบสำรวจความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น อายุ ๑๐-๑๙ ปี ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น ๙. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ - งานแม่และเด็กโดยร่วมเป็นคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ - งานอื่นๆ ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูบีนัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๑๐. คัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อเข้ารับการอบรมฝังยาคุมกำเนิด ๑๑. ประชุมหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๒. ดำเนินการให้หน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ วัยรุ่น ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๓. มีการแนะนำการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern method) และปฏิบัติการเชิงรุกการการฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียนที่มีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น ๑๔. จัดบริการให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ทุกราย ๑๕. ลงรายงานระบบข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๑๖. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน ๑๗. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ ๑๘. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชุมรับทราบแนวทางการดำเนินงานเพื่อทราบแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๒. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับตำบล ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๓. นำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เข้าในวาระการประชุมสภาตำบล. เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับตำบล ๕. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น มีมุมเพื่อนใจวัยรุ่น โดยประยุกต์ตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ ๖. จัดให้มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่าง ๆ ๗. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูบีนัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๘. คัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อเข้ารับการอบรมฝังยาคุมกำเนิด ๙. ประชุมหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในพื้นที่เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน ๑๐. ดำเนินการให้หน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมายได้แก่วัยรุ่น ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๑. ร่วมกับโรงพยาบาลปฏิบัติการเชิงรุกการการฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียนที่มีกลุ่มเป้าหมาย คือ วัยรุ่น ๑๒. ให้ความรู้ ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้หญิงวัยรุ่นในพื้นที่ที่ตั้งครรภ์ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านทุกราย ๑๓. ลงรายงานระบบข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๑๔. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน ๑๕. ร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ ๑๖. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข ๑๗. มีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาผ่านแบบสำรวจความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น อายุ ๑๐-๑๙ ปี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๒. คำนิยาม

ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ ครั้งที่ ๒ ขึ้นไป ต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพการคลอดไร้ชีพและการแท้งทุกประเภท

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

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

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ด้วยการคลอด ทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการทำแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูลที่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๒ เป็นต้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูล หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการการเนื่องจากสิ้นสุด การตั้งครรภ์ ด้วยเรื่องการคลอด และการแท้งในสถานบริการสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอด/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)
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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางจารุวรรณ วรสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๘๗-๖๗๕๓๕๕๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๔** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย **ตัวชี้วัดที่ ๒๒** ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ๒. จัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดมหาสารคาม เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๓. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๔. บูรณาการกับงานแม่และเด็ก ร่วมประชุม MCH board ระดับจังหวัด ๕. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับจังหวัด ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๖. มีการเยี่ยมเสริมพลัง/เยี่ยมประเมิน โรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) ฉบับบูรณาการ เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (เยี่ยมเสริมพลัง กรณีมีการดำเนินงานครบร้อยละ ๑๐๐ และเยี่ยมประเมิน กรณียังไม่ครบ) ๗. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ -งานแม่และเด็กโดยร่วมเป็นคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด - งานอื่นๆได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูบีนัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น ๙. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในการให้บริการฝังยาคุมกำเนิด ๑๐. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น ได้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุข หน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สภาเด็กและเยาวชน ๑๑. ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติการได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๒. ส่งเสริมสนับสนุนในการปฏิบัติการเชิงรุกการฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียนที่มีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๓. ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกรายได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ๑๔. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูล HDC ๑๕. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน ๑๖. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ๑๗. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของ รพ. สสอ. รพ.สต. ครู สภาเด็กและเยาวชน อปท ๒. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับอำเภอ ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๓. นำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เข้าในวาระการประชุม พชอ. เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ๕. โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินครบ ๓ ปี จัดทำข้อมูลผลสถานการณ์ย้อนหลัง ๓ ปี จัดทำแผนประเมินตนเองและนวัตกรรม ๖. โรงพยาบาล ที่ยังไม่ได้รับการเยี่ยมประเมินตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ จัดทำแบบประเมินตนเอง และขอรับการเยี่ยมประเมิน ๗. จัดให้มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่างๆ มีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาผ่านแบบสำรวจความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น อายุ ๑๐-๑๙ ปี ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น ๙. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ - งานแม่และเด็กโดยร่วมเป็นคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ - งานอื่นๆ ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูบีนัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๑๐. คัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อเข้ารับการอบรมฝังยาคุมกำเนิด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๑. ประชุมหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน ๑๒. ดำเนินการให้หน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ วัยรุ่น ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๓. มีการแนะนำการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่(Modern method) และปฏิบัติการเชิงรุกการการฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียนที่มีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น ๑๔. จัดบริการให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ทุกราย ๑๕. ลงรายงานระบบข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๑๖. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน ๑๗. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ ๑๘. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชุมรับทราบแนวทางการดำเนินงานเพื่อทราบแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๒. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับตำบล ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๓. นำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เข้าในวาระการประชุมสภาตำบล เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับตำบล ๕. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น มีมุมเพื่อนใจวัยรุ่น โดยประยุกต์ตามมาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ ๖. จัดให้มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่างๆ ๗. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูบีนัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๘. คัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อเข้ารับการอบรมฝังยาคุมกำเนิด ๙. ประชุมหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๐. ดำเนินการให้หน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ วัยรุ่น ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๑. ร่วมกับรพ.ปฏิบัติการเชิงรุกการการฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียนที่มีกลุ่มเป้าหมายคือวัยรุ่น ๑๒. ให้ความรู้ ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้หญิงวัยรุ่นในพื้นที่ที่ตั้งครรภ์ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านทุกราย ๑๓. ลงรายงานระบบข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๑๔. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน ๑๕ ร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ ๑๖. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข ๑๗. มีความรู้ด้านเพศวิถีศึกษาผ่านแบบสำรวจความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษาทักษะชีวิตสำหรับวัยรุ่น อายุ ๑๐-๑๙ ปี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๕ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๑ ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ

๒. คำนิยาม

๑. วัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๘ 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	๕๓*	๕๒
ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ	NA	๕๔

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

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) และมีความรอบรู้สุขภาพส่งผลให้มีดัชนีมวลกายปกติ

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วัยทำงานอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
	๑. ชั่งน้ำหนัก ใช้หน่วยกิโลกรัม วัดส่วนสูง ใช้หน่วยเซนติเมตร หน่วยงานระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก ๔๒.๘ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๖๐.๒ เซนติเมตร ๒. โรงพยาบาลและ รพ.สต. บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ดูข้อมูลผ่าน HDC ๓. สสม. บันทึกข้อมูลผ่าน Application H๔U Plus
แหล่งข้อมูล	๑.Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDSCREEN และ NUTRITION ๒. Application H๔U plus ๑. วัดรอบเอวผ่านสะดือ และวัดส่วนสูง ใช้หน่วยเซนติเมตร บันทึกข้อมูลด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง ๒. โรงพยาบาล และ รพ.สต. บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ดูข้อมูลผ่าน HDC ๓. สสม. บันทึกข้อมูลผ่าน Application H๔U Plus

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี ที่วัดรอบเอวทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SIM /กรอบ Six Building Blocks**
แผนงาน ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิต คนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ) **โครงการ ๓** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน **ตัวชี้วัด ๒๓** ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๘-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ **ตัวชี้วัด ๒๓.๑** ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลหาสาเหตุของปัญหา ๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC ๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ) ๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่ และองค์การปกครองส่วนจังหวัด ๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCD ๗. 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 ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ – เพื่อนำข้อมูล น้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว ๖.๑ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้ ๖.๒. ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๖ ๖.๓. กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูล น้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SIM /กรอบ Six Building Blocks
	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 ช่วงตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕ – เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว ๒.๒ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้ ๒.๓ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือน เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๖ ๒.๔ กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูล น้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๘-๕๙ ปี ๓. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC ๔. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD ๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan

๒. คำนิยาม

๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๒. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุ/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

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดย Care Manager/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน แบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา

๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา

๓. Blue Book Application กรมอนามัย

๔. ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย

๕. ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข

๗. ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข

๘. DOH Dashboard กรมอนามัย

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

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ที่เข้าร่วมโครงการ LTC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล

รอบที่ ๑ : ๖ เดือนแรก (เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๖)

รอบที่ ๒ : ๖ เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน ๒๕๖๖)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

๒. คำนิยาม

๑. 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

๒. ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้

๑. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้
๒. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ
๓. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้นหรือผ่านรูปแบบอื่นๆ
๔. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง
๕. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่
๖. ปรับปรุง/พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย
๗. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม/กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชนหรือผู้ที่สนใจ

๘. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ เตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อลดภาระด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวต่อไป

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
๒. ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
๓. ระบบโปรแกรม https://wellnessplan.anamai.moph.go.th/

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล

รอบที่ ๑ : ๖ เดือนแรก (เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๖)
รอบที่ ๒ : ๖ เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน ๒๕๖๖)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

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

๒. คำนิยาม

๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข็มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

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

องค์ประกอบที่ ๑ ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ ๑๒ เดือน
- ประเมินสุขภาพและคัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ ๒ ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ ๓ มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ
- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล
- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ ๔ มี Care Manager/ทีมสหวิชาชีพ/หมอครอบครัว/Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ ๕ มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living:ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ ๙ เดือนและรอบ ๑๒ เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

- 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

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข็มแข็งของภาคีครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเถอ
๒. โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๘-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่านองค์ประกอบทุกข้อ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๖ ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ
- ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป
- ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะ รพ.ขนาด M๒ ขึ้นไป)

๒. คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน หมายถึง มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ทุกหัวข้อ

๑. มีระบบการคัดกรอง หรือ รับส่งต่อจากระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

๒. มีการประเมิน วินิจฉัย กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุอย่างน้อย ๒ จาก ๙ เรื่อง

๓. มีระบบการดูแลรักษา กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุอย่างน้อย ๒ จาก ๙ เรื่อง

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

๕. มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ และ ปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุไว้ให้พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก

๖. มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษากลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม

คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุขึ้นเป็นการเฉพาะ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ของกรมการแพทย์ ในระดับ ๒๐ คะแนนขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

คลินิกผู้สูงอายุ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐
ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะรพ.ขนาด M๒ ขึ้นไป)	≥ ๗๕%	≥ ๗๕%

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูล

จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดย รพท./รพช.

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	
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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๗ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒. คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพตามที่กรมการแพทย์กำหนด)

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

การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะพลัดตกหกล้ม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ภาวะสมองเสื่อม	> ร้อยละ ๓๐	> ร้อยละ ๔๐
ภาวะพลัดตกหกล้ม	> ร้อยละ ๓๐	> ร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x ๑๐๐
	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = (C/D) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๖** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ **ตัวชี้วัดที่ ๒๔** ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan **ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๑** ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) **ตัวชี้วัดที่ ๒๕.๑** ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ **ตัวชี้วัดที่ ๒๖** ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ **ตัวชี้วัดที่ ๒๗** ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ **ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๑** ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ **ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๒** ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ตำบล LTC โรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ๒. ประสานความร่วมมือกับศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ในการอบรม Care Manager/Care Giver ให้ครอบคลุมทุกตำบลและอบรมฟื้นฟู Care Manager/Care Giver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ๓. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน ๔. ดำเนินการตามโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุใน รพ.ทุกแห่ง - จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม - ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare) ๒. มีข้อมูลผู้สูงอายุ และวิเคราะห์แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่แยกชาย/หญิงจำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ๑ กลุ่ม ๒ และกลุ่ม ๓ แยกช่วงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ปี ขึ้นไป) ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ - มีฐานข้อมูลโรคกลุ่ม Geriatric syndromes - มีฐานข้อมูลโรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	- มีข้อมูลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - มีทำเนียบ Care giver/แฟ้มประวัติ Care giver กำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย - มีทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของ Care giver แต่ละคนในพื้นที่ ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) - รายชื่อ/ที่อยู่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart) ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพ - มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ - พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ๔. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้ - คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย - จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ๕. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้ - สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ในพื้นที่ - การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน - สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy - ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ๖. นิเทศติดตาม Care Giver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) - ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๗. ขยายโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย - สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน ๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes ๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม ๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) ๑.๔ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๘ ข้อ โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย ๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ - จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายคน - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย - สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ - ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (Daycare) ๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart) - มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ - พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้ - สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ - การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน - สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy - ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง - มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ ๑๐๐

๒. คำนิยาม

คนพิการ" (Disabled persons) พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้กำหนดความหมายคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากความบกพร่องทางการมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่าง ๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป โดยแบ่งประเภทความพิการเป็น ๗ ปะเภทได้แก ๑) ความพิการทางการเห็น ๒) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๓) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางรางกาย ๔) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (๕) ความพิการทางสติปัญญา (๖) ความพิการทางการเรียนรู้ ๗) ออทิสติก

การจดทะเบียนคนพิการ ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔ มาตราที่ ๑๔ กำหนดให้คนพิการซึ่งประสงค์จะได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนารวมทั้ง สิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่คนพิการพึงได้รับตามเทศบัญญัตินี้ให้ ยื่นขอการจดทะเบียนคนพิการต่อนายทะเบียนกลางในกรุงเทพมหานครหรือต่อนายทะเบียนจังหวัด ณ ที่ทำการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่ ทั้งนี้การจดทะเบียนคนพิการได้กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขไว้ในระเบียบคณะกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ว่าด้วยการจดทะเบียนคนพิการ ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ โดยการจดทะเบียนคนพิการ ต้องมีหลักฐานดังนี้ ๑) บัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ ๒) สำเนาทะเบียนบ้าน ๓) ภาพถ่ายหนึ่งนิ้วจำนวน ๒ รูป และ ๔) เอกสารรับรองความพิการ โดยแพทย์ของโรงพยาบาลทางราชการ หรือโรงพยาบาลอื่นๆที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือ จดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อได้รับสิทธิในการสงเคราะห์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนารวมทั้ง สิทธิประโยชน์อื่นๆ ที่คนพิการพึงได้รับตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. ๒๕๓๔

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานการจดทะเบียนคนพิการจังหวัดมหาสารคาม ศูนย์ข้อมูลทางสังคม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้พิการทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

นางสาวศิริลักษณ์ ณ กาฬสินธุ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๖** โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย **ตัวชี้วัดที่ ๒๘** ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ ๑๐๐	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ระดับจังหวัด ๒. กำกับ ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและการจดทะเบียน ส่งคืนข้อมูลให้แก่อำเภอ ๓. บูรณาการแผนการดำเนินงานในพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระหว่างกลุ่มงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. กำหนดแนวทางการสำรวจค้นหาผู้พิการ แนะนำการขึ้นทะเบียน ประสานงาน ส่งต่อผู้พิการไปยังโรงพยาบาลทางราชการ หรือโรงพยาบาลอื่นๆที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อพบแพทย์ ๒. วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการเพื่อติดตามการขึ้นทะเบียน ๓. บูรณาการแผนการดำเนินงานในพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระหว่างกลุ่มงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในอำเภอ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ดำเนินการสำรวจค้นหาผู้พิการในชุมชน แนะนำการขึ้นทะเบียน ประสานงาน ส่งต่อผู้พิการไปยังโรงพยาบาลทางราชการ หรือโรงพยาบาลอื่นๆที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อพบแพทย์ ๒. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้พิการเพื่อติดตามการขึ้นทะเบียน ๓. บูรณาการแผนการดำเนินงานในพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการระหว่างกลุ่มงานและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในอำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๗ : โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๙ อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

๒. คำนิยาม

๑. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของ ประชาชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ซักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาวะที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (ร้อยละ)	๖๙	๗๐	๗๑

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ความรู้และการ บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัย

๕. แหล่งข้อมูล

การสำรวจในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ระดับชาติ (ฉบับย่อ ๑๗ คำถาม ปรับปรุงปี ๒๕๖๕) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะประเมินทักษะที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ทำ ไม่ได้เลย หรือไม่เคยทำ (๐ คะแนน) ทำได้ยากมาก (๑ คะแนน) ทำได้ยาก (๒ คะแนน) ทำได้ง่าย (๓ คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (๔ คะแนน) ทั้งนี้ เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มี

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

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (๔๕ คะแนน)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนิชดา เทศาพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๖๑-๒๓๗๘๕๑๗

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๗** โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร **ตัวชี้วัดที่ ๒๙** อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ๒. สนับสนุนให้เกิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ HLO มีการวิเคราะห์ข้อมูลหาสาเหตุของปัญหา ๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการโดยการสำรวจจากผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพและชุมชนนำร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ) ในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ” รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน ๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ) ๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในทุกมิติเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCD_s สุขภาพภาคประชาชน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ๗.เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน ๒. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม “สาสุข อุ่นใจ” คนไทยรอบรู้ทุกๆ สัปดาห์ เพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย อบจ. พชอ. รพช. ๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือพัฒนานักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อบริการส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในทุกคลินิกบริการสุขภาพ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และ NCD_s และการตรวจสุขภาพประจำปี ๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดทำ คำสั่งระดับตำบล/รพ.สต. แผนงาน ทะเบียนการลงทะเบียน ๒. มีแนวทางการดำเนินงาน/แผนการขับเคลื่อนงาน ๒.๑ สำรวจผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพและ ชุมชนนำร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ) ๒.๒ บันทึกข้อมูล โปรแกรมในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ” คนไทยรอบรู้ เพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) ๒.๓ ดำเนินงาน ให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ HL (Health Literacy ๒.๔ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้ ๒.๕ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ๓. ยกระดับคุณภาพบริการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุก Setting สถานบริการสาธาณสุข/สถานประกอบการ/ท้องถิ่น/ชุมชน/โรงเรียน ตามเกณฑ์ประเมิน HLO ๔. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน ส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพภาคประชาชนตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD_s ๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน ๖. เยี่ยมเสริมพลัง ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพและองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เป้าหมายเมืองเปี่ยมสุข ๗. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๗ : โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๐ จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์

๒. คำนิยาม

จำนวนคน มีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ หมายถึง ประชาชนในราชอาณาจักรไทย มีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ปฏิบัติ ได้ครบทั้ง DMH หรือหลักปฏิบัติ ๓ ข้อต่อไปนี้ ถือว่ามีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์ คือ

๑. D : Distancing เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย ๑-๒ เมตร ในทุกสถานที่

๒. M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด

๓. H : Hand washing ล้างมือเป็นประจำด้วยสบู่และน้ำ หรือแอลกอฮอล์

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
จำนวนคน มีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์ (ร้อยละ)	๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเฝ้าระวังเชิงรุกถึงสถานการณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนตามมาตรการป้องกันโรคโควิด 19

๒. ติดตามแนวโน้มสถานการณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันโรค รวมทั้งเพื่อตรวจจับประเด็นเกี่ยวกับโรคโควิดที่สังคมสนใจความคิดเห็นและความกังวลของประชาชน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. แบบสำรวจออนไลน์ Anamai General Poll “ปฏิบัติตัวอย่างไรเพื่อป้องกันโควิด” เข้าถึงได้ที่ https://forms.gle/gzKwYnTSJtG๔vjiq๕

๒. หน้าแสดงผลการสำรวจออนไลน์แบบ Dashboard และสรุปผลการตอบ Anamai poll แต่ละครั้ง แบบ Infographic

๘. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ปฏิบัติได้ครบทั้ง DMH หรือหลักปฏิบัติ ๓ ข้อต่อไปนี้ ๑) D: Distancing เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย ๑ - ๒ เมตร ในทุกสถานที่ ๒) M: Mask wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด ๓) H: Hand washing ล้างมือเป็นประจำด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์ (คน)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ตอบแบบสำรวจทั้งหมด (คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนิชดา เทศาพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร ๐๖๑-๒๓๗๘๕๑๗

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) **โครงการที่ ๗** โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร **ตัวชี้วัดที่ ๓๐** จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ๒. สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย มีการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา สื่อสาร สร้างความเข้าใจ เรื่องมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ครอบจักรวาล (Universal Prevention for COVID-19) และเน้นย้ำให้ประชาชนและเจ้าของ/ผู้ประกอบการ/พนักงาน ปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention ๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลใน แบบสำรวจออนไลน์ อนามัยโพล รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน ๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ) ๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน สุขภาพภาคประชาชน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน ๒. สนับสนุนให้เกิดเครือข่าย มีการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา สื่อสาร สร้างความเข้าใจ เรื่องมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ครอบจักรวาล (Universal Prevention for COVID-19) และเน้นย้ำให้ประชาชนและเจ้าของ/ผู้ประกอบการ/พนักงาน ปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention ๓. กำกับติดตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักแบบสำรวจออนไลน์ อนามัยโพลทุกเดือน/รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน ๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ.) ๕. พัฒนาศักยภาพ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน สุขภาพภาคประชาชน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงานระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลการวิเคราะห์ปัญหาจุดอ่อนจุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรการ นำผลสำรวจ “อนามัยโพล” ไปใช้ประโยชน์เพื่อการจัดทำ คำแนะนำ และมาตรการที่เกี่ยวข้องต่อไป **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสาร นโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน ๒. ประชาสัมพันธ์ให้เครือข่าย สื่อสาร สร้างความเข้าใจ เรื่องมาตรการป้องกันโรคโควิด 19 ครอบจักรวาล (Universal Prevention for COVID-19) และเน้นย้ำให้ประชาชนและเจ้าของ/ผู้ประกอบการ/พนักงาน ปฏิบัติตามมาตรการ Universal Prevention ๓. ประชาสัมพันธ์ สื่อสารและเชิญชวนผ่านเครือข่ายในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมาร่วมตอบแบบสำรวจ “อนามัยโพล” ออนไลน์ Anamai General Poll เข้าถึงได้ที่ https://forms.gle/gzKwYnTSJtG๔vjiq๕ โดยเข้าถึงแบบสำรวจได้ ๔. ติดตามและตรวจสอบข้อมูลตอบกลับแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพป้องกันโรคที่พึงประสงค์ของประชาชนที่ปฏิบัติ ได้ครบทั้ง DMH ตามแบบสำรวจออนไลน์ อนามัยโพล ทุกเดือน /รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน ๕. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ) ๖. พัฒนาศักยภาพ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่และองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๗. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ๘. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ_ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรการ นำผลสำรวจ “อนามัยโพล” ไปใช้ประโยชน์เพื่อการจัดทำ คำแนะนำ และมาตรการที่เกี่ยวข้องต่อไป

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่ ๘ : โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑.ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๓๑.๑ พชอ. ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง

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 มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ 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

กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพพิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม 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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๓. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๘๕	๘๕
๓.๑ พชอ. ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง	-	๑๐๐

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทร. ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐

๒. นางสาวระพีพร คำเจริญ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๖-๘๕๔๑๘๕๒

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๔ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ **โครงการที่ ๘** โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) **ตัวชี้วัดที่ ๓๑** ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๒. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ๓. ติดตามการดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำแผนสำคัญตามบริบทในพื้นที่ ๔. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับจังหวัด/อำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่างๆที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ ๕. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ๖. เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินผลการดำเนินงาน ประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE ๗. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พชอ.ผ่าน CL UCCARE ๘ .สนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดนวัตกรรมระดับพื้นที่ (พชอ. /พชต.) ๙. จัดเวที ให้ คณะกรรมการ พชอ. นำเสนอ Best practice ผลงานวิชาการดีเด่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย อำเภอละ ๒ ประเด็น ๓. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่ ๕. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กำหนดเป้าประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบ) ๖. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๗. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ๘. ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นที่คัดเลือกให้เกิดนวัตกรรมในระดับพื้นที่ (พชอ.) ๙. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในการประชุมคณะกรมการจังหวัดทุกเดือน ๑๐. บันทึกผลการดำเนินงานผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Cockpit พชอ.) ๑๑. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับอำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่างๆที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ ๑๒. ประสานให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ๑๓. ประเมินตนเองการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE ๑๔. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบางโดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง ๑๕. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบท ในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. มีส่วนร่วมในการประชุม วิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ๒. ดำเนินการ พัฒนา/แก้ไขปัญหา ตามประเด็นหรือแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กำหนดให้เกิดนวัตกรรมในระดับพื้นที่ (พชต.)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๓. การบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบลเพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๒ ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด

๒. คำนิยาม ประกอบด้วย

การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management หมายถึง การใช้กลไก กระบวนการ และองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ (การป้องกัน การลดผลกระทบ การเตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ)

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

สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

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

แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ ภัย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอและจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง ๔ ระดับ (๑๒ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมินและมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๔ ระดับ (๑๒ ตัวชี้วัดย่อย) และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทร. ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐

๒. นางวิกิตตา อิ่มสำอางค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๗-๘๗๖๗๐๙๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๙** โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๓๒** ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ ๓ ลำดับแรก และสาธารณภัยที่สำคัญ ๓ ลำดับแรกของจังหวัด ๒. มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ๓. ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) รองรับโรคและสาธารณภัย ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ๔. ดำเนินการจัดทำแผนประคองกิจการ (BCP) รองรับโรคและสาธารณภัย ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ๕. ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ ภัยต่อปี
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) พร้อมวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ มีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยรองรับโรคและสาธารณภัย ๓ ภัยสำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ ระดับอำเภอให้มีความเหมาะสม ๒. ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) รองรับโรคและสาธารณภัย ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ ๓. ดำเนินการจัดทำแผนประคองกิจการ (BCP) รองรับโรคและสาธารณภัย ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ ๔. การฝึกซ้อมแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับพื้นที่ ระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ร่วมดำเนินงานกับทีมปฏิบัติการระดับอำเภอในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวข้อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๒.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management)

๒. คำนิยาม

ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) หมายถึง ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย ๔ ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการ สาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง ๔ ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน

การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre- Hospital care) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดให้ มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ

การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล (In-Hospital care) หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย

การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อ ผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่าเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้ มาตรฐาน และมีความปลอดภัย

การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management หมายถึง การใช้กลไก กระบวนการและองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและ ประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ (การป้องกัน การลดผลกระทบ การ เตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ)

ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Team) หมายถึง ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับ ผลกระทบการเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่ สามารถใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทาง ถนนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและรับส่งผู้ป่วย สำหรับเฝ้าระวังปัญหา การบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด

ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทุกราย ที่มารับการรักษาที่ ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) ค่า Ps น้อย กว่า 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)

คู่มือมาตรฐานรถพยาบาล หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของ รถพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรถพยาบาล แนวปฏิบัติเพื่อ การขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความ ปลอดภัยบนรถพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ ของรถพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับ บัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานใน สถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่ แม่นยำและรวดเร็ว

สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถใน การปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความ ถึง“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัย โดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และ บริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะ ก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการ ดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็น การสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ ภัย

ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management) โดยมีการดำเนินงานทั้งหมด ๑๒ กิจกรรม ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม
๑	มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด
๒	จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด
๓	มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)
๔	สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)
๕	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (S : Injury Surveillance) ได้
๖	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า ๐.๕ มา review death case
๗	สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)
๘	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด
๙	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดพร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ ๓ ลำดับแรก และสาธารณภัยที่สำคัญ ๓ ลำดับแรกของจังหวัด
๑๐	มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด
๑๑	ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประคองกิจการรองรับโรคและสาธารณภัย ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด
๑๒	ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดอย่างน้อย ๑ ภัยต่อปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management)	-	ดีมาก (๙-๑๒ คะแนน)

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด

๒. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของ ระบบให้ครอบคลุม

๓. ติดตามและประเมินการใช้คู่มือกำหนดมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด

๔. เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance)

๒. แบบประเมินผู้ปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ

๓. คู่มือมาตรฐานรถพยาบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย

๔. แบบประเมินติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานรถพยาบาล กระทรวง สาธารณสุข

๕. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๔ (ฉบับปรับปรุง)

๖. คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน

๗. แนวทางประเมินความเสี่ยงภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน

๖. รายการข้อมูล

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management) การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ๑๒ ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ		
	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
๑๒	๑.๐๐-๔.๐๐	๕.๐๐-๘.๐๐	๙.๐๐-๑๒.๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕
นายวันชนะ สิริสม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๓๒๐๐๙๙๑

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๙** โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๓๒.๑** ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency management)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัด ๒. จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด ๓. สนับสนุนการจัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (S : Injury Surveillance) ๔. ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล ๕. ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ ๒. จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ ๓. มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ๔. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ๕. จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (S : Injury Surveillance) ๖. นำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า ๐.๕ มา review death case ๗. ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. ร่วมกับอำเภอในการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

๒.คำนิยาม

กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชาย กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชาการหลัก ได้รับบริการป้องกันโดยกลุ่มประชากรเป้าหมายได้รับบริการ ทั้ง ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจาการใช้ยา Harm reduction (สำหรับ PWID)

๒) ได้รับถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น (สำหรับ MSM ,SW) และอุปกรณ์ฉีดยาที่ปลอดเชื้อ (สำหรับ PWID)

๓) ได้รับข้อมูลสถานที่ที่จะไปรับบริการตรวจเอชไอวี ,STI และการรักษาด้วยสารทดแมน/เมธาโดน (สำหรับ PWID)

๔) ได้ลงทะเบียนรับบริการโดยมีหมายเลขสมาชิกหรือ UIC(Unique Identifier Code)

ทั้งนี้มีรูปแบบการจัด/ให้บริการ ดังนี้

ก. การให้บริการป้องกันเชิงรุกสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ ได้แก่

(๑) ผู้ให้บริการเชิงรุก (Outreach)

(๒) เครือข่ายเพื่อน

(๓) ใช้สื่อสังคมทางอิเลคโทรนิคส์ (social media)

(๔) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ

ข. กรณีที่เข้าถึงบริการโดยรูปแบบการใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์นั้นจะไม่รวมบริการในข้อ ๒ ให้หมายถึงเฉพาะ ๓ ข้อ ได้แก่ข้อ ๑) ข้อ ๓) และข้อ ๔) เท่านั้น

ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึงสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและ ภาคประชาสังคม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	๘๗	๘๗

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด กลุ่มประชากรหลักได้รับบริการป้องกัน เอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมมากน้อยเพียงใด

๒. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าถึงบริการป้องกัน และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๓. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล HIV info HUB จากระบาดวิทยากองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ NAP Plus จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

หมายเหตุ

๑. จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุก ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/MSM +สาวประเภทสอง /TG + กลุ่มพนักงานบริการ/SW ทั้งหญิงและชาย + กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด /PWID)

๒. จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก ให้รวมจำนวนคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทร. ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

๒.นางสุภาณี นันทะแสน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๖๒-๖๘๒๒๙๑๖

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงาน ที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๐** โครงการควบคุมโรคติดต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๓๓** ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID))	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ถอดบทเรียน จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงานของอำเภอเมือง นำสู่เป้าหมาย ๑๐๐ % ในจังหวัดมหาสารคาม ๒. แจ้งให้รพ.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 ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น (ตอ.๑๐๐) ๖. สรุปวิเคราะห์ การแพร่กระจายเชื้อ ในกลุ่มประชากรหลักโดยใช้ โปรแกรม สำนักระบาดวิทยากองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการเฝ้าระวังโรค ๗. นำข้อมูลที่ได้ประเมินผล มาจัดทำแผนปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ต่อไป **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. เรียนรู้กระบวนการทำงานจากพื้นที่ อำเภอเมือง เพื่อนำมาปรับใช้กับพื้นที่ตามบริบทแต่ละพื้นที่ ๒. ค้นหาแกนนำ (ตัวแม่) ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) &TG เพื่อการขยายผลและการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๓ .สนับสนุน ส่งเสริม ความรู้/วิชาการเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงถุงยางอนามัย ในสถาบันการศึกษา/สถานประกอบการ และประชาชนทั่วไปและเปิดช่องทางสื่อต่างๆเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา ๔. จัดทำแผน เพื่อของบประมาณในการดำเนินงานกับ องค์กรท้องถิ่นเพื่อร่วมทำงานแบบภาคีเครือข่าย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. การทำงานแบบบูรณาการกับงานวัยรุ่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็กและ To be number One งานยาเสพติด การบูรณาการทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภาคประชาสังคม ๖. สรุปผลการดำเนินงานงบ สปสช. ๗. สรุปวิเคราะห์ การแพร่กระจายเชื้อ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยใช้ โปรแกรม สำนักระบาดวิทยา ในการเฝ้าระวังโรค ๘. นำข้อมูลที่ได้ประเมินผล มาจัดทำแผนปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ต่อไป **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. รับส่งข้อมูล กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) ๒. วิเคราะห์ ความเสี่ยง จากกลุ่มประชาการในพื้นที่ ๓. ส่งเสริม ความรู้/วิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงถุงยางอนามัยในสถาบันการศึกษา/ สถานประกอบการ และประชาชนทั่วไปและเปิดช่องทางสื่อต่างๆเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา ๔. เป็นหน่วยงาน การเข้าถึง การให้บริการ ถุงยางอนามัย ความรู้และการส่งต่อไปรับการตรวจโรค วินิจฉัย ในรายที่ขอคำปรึกษา ๕. มีเครือข่ายการทำงาน แบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร อบต. โรงเรียน วัด ชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ **สิ่งสนับสนุนให้อำเภอ/ตำบล** ๑. สื่อ/สิ่งพิมพ์/แผ่นพับ จากส่วนกลางและเขต และเว็ปไซต์ส่วนกลาง การเข้าถึงข้อมูลและสื่อประชาสัมพันธ์ ๒. ถุงยางอนามัย/สารหล่อลื่น จากสำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค/สปสช. ๓. ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช. **การประเมินผล** การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการผ่านระบบ NAP Plus/ ประเมินผล HIV Info HUB

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ (๑๕-๒๔ ปี) ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

๒. คำนิยาม

เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕–๒๔ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๕–๒๔ ปี ตามทะเบียนข้อมูลประชากรกลางปีปัจจุบันในทะเบียน ๔๓ แฟ้ม ของ CUP นั้นๆ จากการสุ่มสำรวจ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ (๑๕-๒๔ ปี) ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	≥ ๖๗	≥ ๖๗	≥ ๖๗

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ได้รับบริการการป้องกันเอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมมากน้อยเพียงใด

๒. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าถึงบริการป้องกัน และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๓. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรมการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี BSS จากระบาดวิทยาและรายงาน ตอ.๑๐๐ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง ๔ ระดับ (๑๒ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมินและมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเยาวชนอายุ ๑๕ – ๒๔ ปี มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๑๕ – ๒๔ ปี ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทร. ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

๒.นางสุภาณี นันทะแสน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๖๒-๖๘๒๒๙๑๖

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงาน ที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๐** โครงการควบคุมโรคติดต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๓๔** ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ≥ ร้อยละ๖๗	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ถอดบทเรียน จากการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ มาวิเคราะห์กระบวนการพัฒนากลไกการการเข้าถึงเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕ – ๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ๒. เสริมสร้าง ความเข้าใจด้านวิชาการ ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การตระหนักรู้ ในความสำคัญในการป้องกันตนเอง ๓. มีหน่วยบริการ ที่สมารถเข้าถึงบริการและอุปกรณ์ป้องกัน ความต้องการในการใช้ และ แจก แผ่นพับ ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเปิดช่องทางสื่อต่างๆให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การป้องกันและรักษา ๔. สรุป ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ ถอดบทเรียน การดำเนินงานนำเข้าสู่แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖ **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. รับส่งข้อมูล กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (PWID) ๒. วิเคราะห์ ความเสี่ยง จากกลุ่มประชาการในพื้นที่ ๓. ส่งเสริม ความรู้/วิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงถุงยางอนามัยในสถาบันการศึกษา ๔. เป็นหน่วยงาน การเข้าถึง การให้บริการ ถุงยางอนามัย ความรู้ และการส่งต่อไปรับการตรวจโรค วินิจฉัย ในรายที่ขอคำปรึกษาและเปิดช่องทางสื่อต่างๆให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การป้องกันและรักษา ๕. มีเครือข่ายการทำงาน แบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร ภาครัฐและภาคประชาสังคม อบต. โรงเรียน วัด ชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ความรู้ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๖. มีผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา เรื่อง การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันตนเอง จากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกรักษาโรคเฉพาะทาง ๗. จัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในสถาบันการศึกษารณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. มีฐานข้อมูล เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕–๒๔ ปี ในพื้นที่ ๒. มีหน่วยบริการที่สมารถเข้าถึงความต้องการในการใช้ และแจกแผ่นพับความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๓. เป็นศูนย์กลางวิชาการ ความรู้ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเปิดช่องทางสื่อต่างๆให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การป้องกันและรักษา ๔. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา เรื่อง การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกรักษาโรคเฉพาะทาง ๕. มีระบบ การส่งต่อ ผู้รับบริการ ในรายที่สงสัย เพื่อส่งต่อไปรับการตรวจเลือด และวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง และเก็บเป็นความลับตาม พ.ร.บ.มาตรฐานการรักษา ผู้รับบริการ **สิ่งสนับสนุนให้อำเภอ/ตำบล** ๑. ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค/สปสช. ๒. เอกสาร วิชาการ ความรู้ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค **การประเมินผล** ๑. แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและรายงานสถานการณ์โรค STD (รายงาน ๕๐๖) ๒. ฐานข้อมูล เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕–๒๔ ปี ในพื้นที่ ๓. จำนวนการเบิกจ่ายถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น จากรายงาน ตอ.๑๐๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

๒. คำนิยาม

การเร่งรัดกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน ให้เกิดการดำเนินงานสำคัญ สอดคล้องตามกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม และดูแลรักษาโรคพิษสุนัขบ้าในคน ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ คือการเฝ้าระวังโรคในคน การป้องกันโรคในคน การควบคุมโรค การบูรณาการร่วมกับเครือข่าย การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยพัฒนา เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอผ่านเกณฑ์ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ	ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้า

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ ตามยุทธศาตร์ที่ ๘ ตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี ๒๕๖๘

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรม ร.๓๖ , www.Thairabies.net

๖. รายการข้อมูล

๑. ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ
๒. บูรณาการแผนงานโรคพิษสันุขบ้า ผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓. อบรมความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่บุคลากรแพทย์สาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพผู้ใช้โปรแกรม ร.๓๖

๔. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับตำบล/อำเภอ

๕. สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและลดความเสี่ยงจากการถูกสุนัข/แมวกัด แก่ประชาชน และจัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์/สนับสนุนสื่อความรู้

๖. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานฯ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทร. ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

๒. นางเกษศิรินทร์ ไชยลาภ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๙๖๔๗๘๗๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๐** โครงการควบคุมโรคติดต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๓๕** ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์ตามโครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด ๒. จัดทำแผนบูรณาการโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับอำเภอ/ตำบล ๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ๕. พัฒนาศักยภาพผู้ใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.๓๖) ใน รพ.ทุกแห่ง ๖. สนับสนุนสื่อความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าตามช่องทางสื่อสารมวลชนทุกรูปแบบ ๗. ติดตาม ประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ ๘. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พชอ. ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปข้อมูลเสนอคณะกรรมการ พชอ. และ พชต. ๓. จัดทำแผนบูรณาการงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการ พชอ. และ พชต. ๔. จัดประชุมฟื้นฟูองค์ความรู้ การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับตำบล ๕. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับอำเภอ ๖. จัดทำแผนซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้บริการแก่ผู้สัมผัสเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยงให้เพียงพอ ๗. ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ร ๓๖ ให้ครอบคลุม ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดทำแผนบูรณาการงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล ๒. สื่อสารความเสี่ยง/สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน ๓. เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับตำบล กรณีการระบาดของโรคในสัตว์ (หัวบวก) รวมถึงการค้นหาติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงเพื่อให้บริการวัคซีนทุกราย ๔. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในระดับตำบล ๕. สนับสนุน อปท.ส่งผลงานเข้าร่วมประกวด โครงการ Thailand Rabies Awards

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๖ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๑ ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๒ ร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)

ตัวชี้วัดที่ ๓๗ อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๐.๑

๒. คำนิยาม

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

การควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน) หมายถึง เมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกิดขึ้นในตำบล ให้นับระยะเวลาจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรกในเหตุการณ์นั้นไปอีก ๔ สัปดาห์ จะต้องไม่มีผู้ป่วยเกิดขึ้น (ผู้ป่วยที่พบใหม่หลังจากครบ ๔ สัปดาห์แล้ว ให้ถือเป็นเหตุการณ์ใหม่) ถ้าในระยะควบคุมโรค ๔ สัปดาห์ มีผู้ป่วยเกิดขึ้นในตำบลอีกให้นับระยะเวลาควบคุมโรคไปอีก ๔ สัปดาห์จากวันพบผู้ป่วยที่พบรายล่าสุดของตำบลนั้น หากในตลอดปีหรือในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (ที่จะทำการประเมิน) ในตำบลหรืออำเภอนั้นไม่มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกถือว่าควบคุมโรคได้

อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ๑ เดือน X ๑๐๐,๐๐๐ /จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน

ค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง ๕ ปี หมายถึง ค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายเดือน (มกราคม-ธันวาคม) ตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๕๙ -๒๕๖๓ ตามปีปฏิทิน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละตำบลในแต่ละอำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	ร้อยละ	๗๐	๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกินค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)

๒. ตำบลในแต่ละอำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล รง.๕๐๖

๖. รายการข้อมูล

รายสัปดาห์ รายเดือน และรายปี

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทร. ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

๒. นางเกษศิรินทร์ ไชยลาภ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๙๖๔๗๘๗๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SIM /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๐** โครงการควบคุมโรคติดต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๓๖** อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี **ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๑** ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี **ตัวชี้วัดที่ ๓๖.๒** ร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน) **ตัวชี้วัดที่ ๓๗** อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก ในกลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. วิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาพยากรณ์โรค เป็นรายอำเภอ และแจ้งข้อมูลให้ทีม SRRT ระดับอำเภอทราบทุกสัปดาห์ ๒. ประสานภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดในการสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในทุกพื้นที่ ๓. เผยแพร่ข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ การป้องกันควบคุมโรคผ่านสื่อมวลชนทุกแขนง ๔. สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคในตำบล ที่มีการระบาดของโรคต่อเนื่อง (มีการระบาดของโรคเกิน ๔ สัปดาห์ หรือเกิดโรคในพื้นที่ที่เป็นชุมชนขนาดใหญ่) **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในระดับตำบล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และประเมินความเสี่ยงเป็นรายตำบลโดยใช้ข้อมูลการเกิดโรคย้อนหลัง ๕ ปี และข้อมูล HI CI ที่สำรวจโดย จนท. ๒. อำเภอร่วมวางแผนและสนับสนุนการดำเนินงานในตำบลเสี่ยงสูงและตำบลอื่นๆ ๓. อำเภอมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ในการป้องกันควบคุมโรค เช่น ข้อมูลจำนวนเครื่องพ่นเคมี/สารเคมี ข้อมูลการใช้สารเคมี (สารออกฤทธิ์) กำจัดยุงลายตัวเต็มวัย แยกเป็นรายตำบล ๔. อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในระดับตำบล เช่น การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน/วัด/โรงเรียน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่พบผู้ป่วย ๕. จัดรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงวันไข้เลือดอกอาเซียน(วันที่ ๑๕ มิถุนายน ของทุกปี) **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปี ๒. จัดเวทีประชาคมตำบล/หมู่บ้าน เพื่อหามาตรการร่วมกันในแต่ละตำบล/หมู่บ้าน ตลอดจนหานวัตกรรมใหม่ๆในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SIM /กรอบ Six Building Blocks
	๓. มีการประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน/วัด/โรงเรียน ทุกสัปดาห์ ๔. เสาะแสวงหาแหล่งงบประมาณในการดำเนินงานให้เพียงพอ และสามารถดำเนินการควบคุมโรคตลอดปี โดยเฉพาะเมื่อพบผู้ป่วย ๕. จัดรณรงค์กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทุกวันศุกร์อย่างต่อเนื่อง ๖. ดำเนินมาตรการควบคุมโรคตามมาตรการหลัก ๓-๑-๒- ร่วมกับ มาตรการเสริม ๗-๑๔-๒๑-๒๘ ซึ่งหมายถึง รายงานโรคถึงพื้นที่ ภายใน ๓ ชั่วโมง, พื้นที่ลงสอบสวนโรค ฉีดสเปรย์กระป๋องกำจัดยุง ในบ้านผู้ป่วยภายใน ๑ วัน และในวันที่ ๒ ให้รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย พร้อมกับพ่นเคมีกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยในรัศมี ๑๐๐ เมตรหรือทั้งหมู่บ้าน และรณรงค์/พ่นเคมีซ้ำในวันที่ ๗ นับจากวันที่พบผู้ป่วย

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๘ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน : วัดระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ)

๒. คำนิยาม

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในมาตรการต่างๆ ดังนี้

๑. นโยบาย

๒. การบริหารจัดการ

๓. สถานการณ์และข้อมูล ๑) มีสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่อย่างน้อย ๕ ปีย้อนหลัง ๒) มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการจมน้ำในพื้นที่ ๓) มีการสอบสวนการจมน้ำในกรณีมี case เกิดขึ้น

๔. การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง ได้แก่ ๑) สร้างรั้วและ/หรือติดป้ายคำเตือน ๒) จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอนพลาสติกเปล่า

๕. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดำเนินงานดังนี้ ๑) สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๒) สอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง ๓) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ

๖. การให้ความรู้ สถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชน ๑) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน ๒) ผลักดัน/สนับสนุนให้มีการนำคอกกั้นเด็กมาใช้ในเด็กอายุ ๐-๒ ปี

๗. การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย ๑) ให้มีวิทยากรในพื้นที่ ๒) ประชาชน/เด็กอายุ ๖-๑๔ ปีได้รับการเรียน

๘. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

๙. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ

๑๐. การศึกษาวิจัย

พื้นที่ที่ดำเนินการ หมายถึง พื้นที่ที่ทีมผู้ก่อการดีจะต้องมีการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำอย่างน้อยต้องเป็นระดับตำบลขึ้นไป

แหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน หมายถึง แหล่งน้ำเพื่อการเกษตร บ่อขุด หนอง บึง ห้วย คลอง แม่น้ำ อ่างเก็บน้ำ สระว่ายน้ำ ฯลฯ ที่ชุมชนเห็นร่วมกันว่าเป็นแหล่งน้ำเสี่ยง เช่น แหล่งน้ำที่มีการลงเล่นน้ำ แหล่งน้ำที่มีการสัญจรผ่าน แหล่งน้ำที่มีการทำกิจกรรมทางน้ำ (เก็บผัก เล่นกีฬาทางน้ำ จับสัตว์น้ำ) หรือแหล่งน้ำที่เคยมีคนเสียชีวิตจากการจมน้ำ

เด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-๑๐=W๖๕-W๗๔) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ

W๖๕ = การจมน้ำตายและจมน้ำขณะอยู่ในอ่างอาบน้ำ
W๖๖ = การจมน้ำตายและจมน้ำหลังจากล้มในอ่างอาบน้ำ
W๖๗ = การจมน้ำตายและจมน้ำขณะอยู่ในสระว่ายน้ำ
W๖๘ = การจมน้ำตายและจมน้ำหลังจากตกลงไปในสระว่ายน้ำ
W๖๙ = การจมน้ำตายและจมน้ำขณะอยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาติ
(ทะเลสาบทะเลเปิด แม่น้ำ ลำธาร)
W๗๐ = การจมน้ำตายและจมน้ำหลังจากตกลงไปในแหล่งน้ำธรรมชาติ
W๗๓ = การจมน้ำตายและจมน้ำอื่นที่ระบุรายละเอียด (ถังน้ำดับเพลิง อ่างเก็บน้ำ)
W๗๔ = การจมน้ำตายและจมน้ำที่ไม่ระบุรายละเอียด (จมน้ำตายตกน้ำ)

คอกกั้นเด็ก (Playpen) หมายถึง พื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) สำหรับเด็กเล็กอายุระหว่าง ๐-๒ ปี เพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็กเล็ก

ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ โดยมีการดำเนินงานทั้งหมด ๑๐ กิจกรรม ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม
๑	มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่ ๑.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน ๑.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอนพลาสติกเปล่า
๒	มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดำเนินการ ดังนี้ ๒.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๒.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง ๒.๓ จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ
๓	มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำแก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุขชุมชน หรือโรงเรียน ทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง
๔	มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย ๔.๑ เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ คน/ปี ๔.๒ ประชาชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน/ปี
๕	มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน /ปี

ลำดับ	กิจกรรม
๖	มีการจัด/ผลักดัน/สนับสนุนให้มีการนำคอกกั้นเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) มาใช้ในเด็กอายุ ๐-๒ ปี อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี
๗	บุคลากรสาธารณสุขผ่านการเรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning อย่างน้อย ๑ คน/แห่ง
๘	มีการสอบสวนการการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report
๙	สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำระดับเงินหรือระดับทอง
๑๐	มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน)	ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน	ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

๕. แหล่งข้อมูล

จากการประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำและข้อมูลการเสียชีวิตจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

๖. รายการข้อมูล

๑. จัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่

๒. มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง

๓. มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

๔. มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำแก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนหรือโรงเรียน

๕. มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

๖. มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)

๗. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ

๘. มีคอกกั้นเด็ก หรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย(Playpen) มาใช้ในเด็กอายุ ๐-๒ ปี

๙. บุคลากรสาธารณสุขผ่านการเรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning

๑๐. มีการสอบสวนการการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report

๑๑. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทอง

๑๒. มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน

รายการข้อมูล : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ICD-๑๐=W๖๕-W๗๔)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐,๐๐๐

หมายเหตุ ปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๕–กันยายน ๒๕๖๖

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นายวันชนะ สิริสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๓๒๐๐๙๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการ ๑๑** ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๓๘** อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน : วัดระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สนับสนุนสื่อการดำเนินงาน ๒. อบรมฟื้นฟูวิทยากรทีมผู้ก่อการดี ๓. ประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ๔. ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ก่อตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำระดับเงินหรือทองอย่างน้อย ๑ ทีม ในระดับตำบลขึ้นไป โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้ ๑.๑ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๕–๒๕๖๗ ๑.๒ มีการบริหารจัดการ เช่น การแก้ไขปัญหาแบบสหสาขา การ Sharing ทรัพยากรและการขยายการดำเนินงาน ๑.๓ มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕) และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ๑.๔ มีการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่ ๑.๔.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน ๑.๔.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอน ๑.๕ มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดังนี้ ๑.๕.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๑.๕.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง ๑.๖ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชนในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน หรือโรงเรียนทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง และมีการใช้คอกกั้นเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ๑.๗ มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย ๑.๗.๑ เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ คน/ปี ๑.๗.๒ ประชาชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน/ปี ๑.๘ มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน /ปี

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑.๙ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯจำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน) ๑.๑๐ มีการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ๒. บุคลากรสาธารณสุขผ่านการเรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำ ผ่านระบบ e-Learning อย่างน้อย ๑ คน/แห่ง ๓. มีการสอบสวนการการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report ๔. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทองอย่างน้อย ๑ ทีม ๕. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ร่วมมือกับอำเภอในการก่อตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำหรือก่อตั้งทีมเองในระดับตำบล ระดับเงินหรือทองอย่างน้อย ๑ ทีม โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้ ๑.๑ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๕–๒๕๖๗ ๑.๒ มีการบริหารจัดการ เช่น การแก้ไขปัญหาแบบสหสาขา การ Sharing ทรัพยากรและการขยายการดำเนินงาน ๑.๓ มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕) และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ๑.๔ มีการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่ ๑.๔.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน ๑.๔.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอน ๑.๕ มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดังนี้ ๑.๕.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๑.๕.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง ๑.๖ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชนในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน หรือโรงเรียนทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง และมีการใช้คอกกั้นเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ๑.๗ มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย ๑.๗.๑ เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ คน/ปี ๑.๗.๒ ประชาชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน/ปี

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑.๘ มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน /ปี ๑.๙ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯจำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน) ๑.๑๐ มีการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ๒. บุคลากรสาธารณสุขผ่านการเรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning อย่างน้อย ๑ คน/แห่ง ๓. มีการสอบสวนการการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report ๔. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทองอย่างน้อย ๑ ทีม ๕. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๖ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๙ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๒๕.๕๐)

๒. คำนิยาม

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

ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วย ภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน 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
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากรแสนคน)	ไม่เกิน ๒๕.๕ 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

รายการข้อมูล : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (๒๕.๕๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V๐๑-V๘๙)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐,๐๐๐ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

หมายเหตุ ปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๕–กันยายน ๒๕๖๖

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นายวันชนะ สิริสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๓๒๐๐๙๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๓ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๙** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๓๙** อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๒๖.๑๓ ต่อประชากรแสนคน : วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน)	**<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 ตลอดจนระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อตอบสนองกรณีเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งในสภาวะปกติและสาธารณภัย ๘. นิเทศ/ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานระดับอำเภอ ๙. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบรายงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ทางถนน และนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน/ประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา โดยการประชุมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ๔. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยวิเคราะห์ตามประเด็นหลัก (ถนน คน รถ และสิ่งแวดล้อม) และสรุปข้อเสนอแนะหรือแนวทางแก้ไขปัญหา ๕. ชี้เป้าจุดเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยงโดยนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	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. สำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางถนนจัดทำแผนที่จุดเสี่ยงและนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๕. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจรและการป้องกันในชุมชน ๖. มีส่วนร่วมในการสอบสวนการบาดเจ็บหรือการตายจากอุบัติเหตุ (กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่) ๗. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) อาสาสมัครสาธารณสุขฯ (อสม.) และบุคลากรภาคีเครือข่ายในชุมชน (เรื่องการปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบ ๑๖๖๙) ๘. เฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชน ช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ หรือตามที่ทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) กำหนด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๙. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงานในการสวมหมวกนิรภัย๑๐๐% /คาดเข็มขัด ๑๐๐% และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด ๑๐. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบ (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๐ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
ตัวชี้วัดที่ ๔๐.๑ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
ตัวชี้วัดที่ ๔๐.๒ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๒. คำนิยาม

๑. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๗๕

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

๑.๒ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๒.๑ ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต ≥๑๔๐/๙๐ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕

๒.๒ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	<๑.๗๕	<๑.๗๕
๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥๘๐	≥๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = (A/B) x ๑๐๐ ๒. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = (C/D) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๕๔๓ ๓๒๗๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ ๔๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
ตัวชี้วัดที่ ๔๑.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒. คำนิยาม

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๒.๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวาน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ ๑๒๖ mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่ได้อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส จากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ ๒๐๐ mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

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

๒.๒ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

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

๒.๒.๒ การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้านตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๗๐
๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๙๓

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๒. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
รายการข้อมูล ๑	A: จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวาน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ต้องตรวจติดตามภายใน ๓ เดือน)
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 ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน =(A/B) x ๑๐๐ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง =(C/D) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๐** อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน **ตัวชี้วัดที่ ๔๐.๑** อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน **ตัวชี้วัดที่ ๔๐.๒** อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน **ตัวชี้วัดที่ ๔๑** ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง **ตัวชี้วัดที่ ๔๑.๑** ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน **ตัวชี้วัดที่ ๔๑.๒** ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กำหนดทิศทางนโยบายและเป้าหมายผลลัพธ์ของพื้นที่ สอดคล้องกับส่วนกลางและเขตบริการสุขภาพ ๒. วางแผนการป้องกันควบคุมโรคระดับจังหวัด Smart digital health และ platform Health Station ในชุมชน เพื่อจัดการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ๓. สนับสนุนพัฒนาสื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ๔. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๕ ๕. พัฒนาระบบการสำรวจออนไลน์ คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCD ๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านการป้องกันควบคุมโรค NCDs ในรูปแบบออนไลน์
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๕ ๒. พัฒนาระบบการสำรวจออนไลน์ คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCD ๓. วางแผนการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ Smart digital health และ platform Health Station ในชุมชน เพื่อจัดการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ๔. บูรณาการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่าน พชอ.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดทำแผนปฏิบัติงาน (Road map) ระดับตำบล ๒. การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ตามแนวทาง และรายงานในระบบ HDC

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๔. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน ภายในปีงบประมาณ (ควรตรวจติดตามภายใน ๓–๖ 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. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจาะระดับน้ำตาลซ้ำ และรายงานในระบบ HDC ๙. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) ๙. ดำเนินการลดโรคและปัจจัยเสี่ยงโดยใช้กระบวนการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCD : CBI NCDs)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”

๒. คำนิยาม

ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินการเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ประกอบด้วย ภาคท้องถิ่น ภาคสาธารณสุข และภาคประชาชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชน/หมู่บ้าน และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (CBI NCDs) ๕ ขั้นตอน ผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) ทั้ง ๕ ประเด็น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

ชุมชน หมายถึง หมู่ชน หรือกลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคม อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ประกอบด้วย

๑. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรค ปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกัน เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย

๒. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการจัดทำแผนงาน/ โครงการแบบมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต, และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนชุมชนของแต่ละจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนชุมชนทั้งหมดของแต่ละจังหวัดที่ดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๒** ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ๒. สนับสนุนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ๓. กำกับ ติดตาม นิเทศการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ๒. คัดเลือกชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม ๓. บูรณาการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่าน พชอ. ๔. สนับสนุนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ๕. กำกับ ติดตาม นิเทศการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ๒. ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๓. ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน ๔. ดำเนินงานตามแผนชุมชน ๕. กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๓ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคกลุ่มที่เป็นโรค/ป่วย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูง 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 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

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.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

๒.๗ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒

๒.๘ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๒.๙ ร้อยละของผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ≥ ๑๘๐/๑๑๐ มม.ปรอท จากการคัดกรองได้รับการวินิจฉัย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๒.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ หรือค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง 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 ๕๐

ส่วนที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)

เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนางานที่จะทำให้กระบวนการทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการประเมิน ๓ ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยผ่านกระบวนการทบทวนปัญหา สาเหตุ 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)

๓.๕ ด้านนวัตกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน (Innovation)

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

หมายเหตุ 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
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพคลินิก NCD (PLUS)ระดับดีเด่น	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคลินิก NCD ตามแนวทางดำเนินงานและการประเมินคุณภาพ 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 ๑๒ ตัวชี้วัด

รายการ		เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
				๑	๒	๓	๔	๕	
๑	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥๖๐	๕	<๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๒๕

รายการข้อมูล : ใช้ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๓ ส่วน										
	๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/ dl	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๒๐
	๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๒๐
	๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๒๐
	๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI≥๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	≥๑๐	๔	<๔	๔	๖	๘	๑๐	๒๐
	๖	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	≤๒	๔	>๘	๘	๖	๔	≤๒	๒๐
	๗	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	≥๕	๔	<๒	๒	๓	๔	๕	๒๐
	๘	ร้อยละ การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥๖๐	๔	<๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๒๕
	๙	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥๕๐	๔	<๓๕	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๒๐
	๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	≥๘๐	๔	<๖๕	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๒๐

รายการข้อมูล : ใช้ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๓ ส่วน

	๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มีCVD Risk ≥๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๒๐
	๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	≥๕๐	๔	<๓๕	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๒๐
	คะแนนรวม			๕๐						๒๕๐

รายการข้อมูลที่ ๓

การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ๑ เรื่อง

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) จากการทบทวนสถานการณ์ที่แสดงถึงความสำคัญของปัญหา และผลที่ตามมารวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	๒			

รายการข้อมูล : ใช้ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๓ ส่วน							
		๓.กำหนดเป้าหมายของทางเลือกที่จะพัฒนางานให้ชัดเจน วัดได้ รวมถึงการกำหนดเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน แรงเสริม แรงต้าน และผลลัพธ์ของเป้าหมายที่ชัดเจน วัดได้จริง	๓			
		๔.กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานที่เลือก จัดทำแผนปฏิบัติการและกำหนดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทำ (Action plan)	๔			
		๕.มีการกำหนดงานตามแผนปฏิบัติการและมีการติดตาม (Monitor) ตามระยะเวลาที่กำหนด รวบรวมปัญหาข้อเสนอแนะ รวมทั้งติดตามประเมินผลและจัดทำแผนงานในปีถัดไป (ตามรูปแบบPDCA)	๕			
	๑.๒ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ			๕	๑๕	
		๑.ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	๑	ข้อเสนอแนะ:		
		๒.ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	๒			
		๓.ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้	๓			
	๑.๓ การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า			๕	๑๕	
		๑.ผลงานมีความเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ	๑	ข้อเสนอแนะ:		
		๒.ผลงานมีความเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลายๆงาน	๒			
		๓.ผลงานมีความเหมาะสม สอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลายๆงาน มีการเผยแพร่ในเวทีภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น	๓			

รายการข้อมูล : ใช้ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๓ ส่วน	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ (๔๐ คะแนน) สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนที่ได้ X น้ำหนัก}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$ ๒. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๑๕ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน) สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนการประเมินคุณภาพคลินิก NCD Plus ที่ได้ X ๑๐๐}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$ 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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๓** โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ระดับดีเด่น	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ NCDs Board ระดับจังหวัด 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 เป้าหมายและค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ ๔. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิกรวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัดกลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๕. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติในการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย อย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรังรวมทั้งการประสานการดำเนินการร่วมกันในการดูแล (Coordination of Care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of Care) ๖. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยใน โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุข ที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ ๗. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ๘. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๙. จัดประชุมเพื่อปิด Gap จากผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๔ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล

๒. คำนิยาม

คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ 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
ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ถือเป็นการพัฒนางานเพื่อชะลอและลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
๕.๒ แบบฟอร์มประเมินเชิงคุณภาพของการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ
๕.๓ สัมภาษณ์/สอบถาม
๕.๒ เอกสารประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล ใช้ตามแบบประเมินเชิงคุณภาพการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ๒ ส่วน	
รายการข้อมูล ๑	การประเมินกระบวนการจัดบริการ ๖ องค์ประกอบ (๕๐ คะแนน) สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนน x น้ำหนัก}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$
รายการข้อมูล ๒	การประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	การประเมินคุณภาพ CKD Clinic คุณภาพ = ขอ ๑ (๕๐) + ขอ ๒ (๕๐) = ๑๐๐ คะแนน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นางสาวอังคณา เหล่ะพาน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๔** ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๒. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนการทำงานของ CKD system manager - สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพ - สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน - สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยง กับระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มองค์ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้าน - พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ F๑ ที่มีศักยภาพ ๔. กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดให้มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยบูรณาการกับ Non-communicable diseases (NCD) อื่นๆ และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS) ๒. กำกับติดตามการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยใช้มาตรฐาน CKD clinic คุณภาพ ๓. เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจ eGFR (Stage ๓-๔) ให้ได้ตามเป้าหมาย ๔. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่าน พชอ./พชต. และตำบลจัดการสุขภาพ ๕. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๗. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model) ๘. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต/ทีมรักษ์ไต/ชุมชนป้องกันไต ๙. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ ๑๐. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี ๑๑. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๓. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง ด้านการป้องกันและชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง ๔. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชน ภาคีเครือข่ายในการดูแลตนเองและการชะลอไตเสื่อมในชุมชน ๕. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงในชุมชน (ชุมชนรักษ์ไต/ชุมชนป้องกันไต) ๖. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ทักษะในการจัดการตนเอง) ๗. การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับต่างๆ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๕ ร้อยละของสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
ตัวชี้วัดที่ ๔๕.๑ สตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ร้อยละ ๖๐)
ตัวชี้วัดที่ ๔๕.๒ สตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (≥ร้อยละ ๘๐)

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 แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐–๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๖๐ (สะสม ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕)	๖๐ (สะสม ๒๕๖๓ – ๒๕๖๖)
๒. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐–๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๘๐	๘๐

๔. วัตถุประสงค์

มะเร็งปากมดลูก

เพื่อวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อปี)

มะเร็งเต้านม

เพื่อวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ต่อปี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

๒. โปรแกรม HPV screening (HPVcxs๒๐๒๐) ของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐–๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี ๒๕๖๓–๒๕๖๖ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๓
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐–๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๖ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๖
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๖
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

นางสาววิไลวรรณ สุทธิ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๖-๒๓๖๙๗๙๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงาน โรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๕** ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและร้อยละของสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม **ตัวชี้วัดที่ ๔๕.๑** สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ร้อยละ ๖๐) **ตัวชี้วัดที่ ๔๕.๒** สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (≥ร้อยละ ๘๐)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สนับสนุนพัฒนากลไกการดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๔. จัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้อง **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ๓. ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งได้ตามมาตรฐาน ๔. ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ๓. รณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก ๔. ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๖ ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. คำนิยาม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๖
ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ ๑๘
ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูลรายงาน HDC

๖. รายการข้อมูล :

รายการข้อมูล : ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ ในหน่วยบริการนั้นๆ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘๑-๙๗๔ ๕๓๐๐
นายอภิศักดิ์ ลากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๘๕-๗๕๐ ๕๖๙๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๖** ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด ๒. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖ 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/ประเพณีปลอดเหล้า ๗. สนับสนุนให้ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด ๘. สนับสนุนการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในทุกอำเภอ ๙. สนับสนุนการการดำเนินงานในสถานศึกษา นิเทศติดตามประเมินผล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๖ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/สุราตามกลุ่มเป้าหมาย ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน ๕. ออกตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน การละเมิด พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในพื้นที่ และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน) ๖. ตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมายในช่วงเทศกาลสำคัญตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๗. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขต และกระทรวงกำหนด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๘. มีการให้บริการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในหน่วยบริการ ๙. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม. ๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด ๓. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/สุราและจำแนกประเภท เข้ารับการบำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต. ได้ ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่/สุรา ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน ๕. ตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมาย ในสถานประกอบการต่างๆ ในช่วงเทศกาลสำคัญ งานบุญประเพณี ตาม พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ/แอลกอฮอล์ ในพื้นที่ ๖. ร่วมบำบัด/ติดตาม ผู้ที่เข้ารับการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๗ ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

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

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ความชุกของผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ ๑๘
ร้อยละการคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน
๒. เพื่อลดนักสูบ นักเสพหน้าใหม่

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ไม่สูบบุหรี่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นายอภิศักดิ์ ลากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๕-๗๕๐๕๖๙๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๗** ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ๓. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖ ๔. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ๕. ประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๖. สนับสนุนให้ส่งเจ้าหน้าที่งานบุหรี่ร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด ๗. สร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๘. ดำเนินการตรวจสอบการกระทำความผิด ตามที่ได้รับเรื่องร้องเรียนและแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน) ๙. ดำเนินการตรวจเตือน/บังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับทีมเฉพาะกิจในจังหวัด/อำเภอ ๑๐. ประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา และเฝ้าระวัง ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานศึกษา ๑๑. นิเทศติดตามประเมินผล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๖ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่ตามกลุ่มเป้าหมาย ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ในระบบ ๔๓ แฟ้มให้เป็นมาตรฐาน ๕. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด ๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม. ๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอ กำหนด ๓. ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/และจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต. ได้ ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๘ ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. คำนิยาม

จังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ หมายถึง จังหวัดที่มีการดำเนินงาน ตามมาตรการสำคัญของโครงการ โดยสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมพ.ศ.๒๕๖๒ อย่างน้อย๔ข้อ จาก ๖ ข้อ ประกอบด้วย

๑. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย ๑ หน่วยต่อจังหวัด

๒. จัดทำสถานการณ์รวมถึงข้อมูลที่จำเป็น/เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ ๕ โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคจากฝุ่นซิลิกา โรคจากภาวะอับอากาศ โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) โรคหรืออาการสำคัญของพิษ จากสารกำจัดศัตรูพืช) และ โรคจากสิ่งแวดล้อม ๒ โรค (โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน) หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่

๓. สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based

๔. สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ รวมทั้งจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหาร หน่วยงาน/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด เพื่อเสนอต่อกรมควบคุมโรคทราบ

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

๖. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ ตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อ ผู้บริหารหน่วยงาน/คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตามพ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบ อาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	-	ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดจังหวัดต้นแบบ และกลไกการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นรูปธรรม

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนรายการ (ข้อ) ที่ผ่านการประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนรายการ (ข้อ) ที่ประเมินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายประวัติ แปลงมาลย์ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔
นางสุกัญญา สารฤทธิคาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๑** โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่** ๔๘ ร้อยละของจังหวัดต้นแบบการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๒. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย ๑ หน่วยต่อจังหวัด ๓. วิเคราะห์และจัดทำสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ๔. สนับสนุนให้มีการแจ้ง การรายงาน กรณีพบผู้ซึ่งเป็นหรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็น โรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ผ่านระบบ Event based ๕. สอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่และจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหาร ๖. สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๗. ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือตามปัญหาของพื้นที่ และเสนอต่อ ผู้บริหารหน่วยงาน / คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เช่น คณะกรรมการควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ๘. สร้างกลไก หรือ รูปแบบการประชาสัมพันธ์สื่อเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ฯ ภายในพื้นที่รับผิดชอบ ๙. ติดตาม กำกับ และประเมินการดำเนินงานของอำเภอ ๑๐. สรุปผลการ ดำเนินงาน รอบ ๑๒ เดือน พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับอำเภอ ๒. จัดตั้งหนวยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดลอมระดับอำเภอ ๓. รวบรวม วิเคราะห์ และข้อมูลสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดลอม ระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. ประสานให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดลอม และตรวจสอบความถูกต้องของรายงานให้ถูกต้องตามหลักการบันทึกข้อมูล ICD-10 จากระบบ HDC และรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ ๕. ร่วมสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือโรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหาร ๖. สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป ๗. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๘. นิเทศติดตาม การดำเนินงานของรพ.สต.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑.รับนโยบายแนวทางการดำเนินงานจากอำเภอ ๒. จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับตำบล ๓. บันทึกรายงานข้อมูลผูป่วยหรือผูสงสัยป่วยดวยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดลอม และตรวจสอบความถูกต้องรายงานจากระบบ HDC และ ระบบ ๔๓ แฟ้มของกระทรวงสาธารณสุข ทุกเดือน ๔. สอบสวนการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตดวยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดลอม และส่งรายงานให้ สสอ.รวบรวมส่ง สสจ.ต่อไป ๕. รับการประเมินจากอำเภอ/จังหวัด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๒ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๙ ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๗ ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข เครื่องมือแพทย์ และผลิตภัณฑ์สมุนไพร ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาต ตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน หมายถึง

๑. ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กาแฟ หรือเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผ่านมา 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/สถานที่ผลิตแสดงฉลากไม่ถูกต้อง หรือทดสอบด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ไม่ผ่านมาตรฐาน

๔. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายกำหนด

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

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/ปีและมีการรายงานผลแก่ อย.ตามที่กำหนด

๔. สถานที่ขายยาทุกประเภท ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กฎหมายกำหนดอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

๕. สถานที่ผลิตเกลือบริโภค ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กฎหมายกำหนดอย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

๕.๑ สถานที่ขายยา ร้านค้าขายส่ง ร้านชำ กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวัง

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

๕.๓ การจำหน่ายเครื่องสำอางที่มีฉลากไม่ถูกต้อง หรือเครื่องสำอางในกลุ่มที่ อย. ห้ามจำหน่าย

๕.๔ การตรวจสอบการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ

๑) สถานที่ผลิตเครื่องสำอางได้รับการตรวจสอบตามที่กฎหมายกำหนด

๒) เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เครื่องสำอางที่จดแจ้งวัตถุประสงค์ ในการใช้เป็นผลิตภัณฑ์ในประเภทแอลกอฮอล์เพื่ออนามัยสำหรับมือ

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

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

๓) สถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการตรวจสอบตามเกณฑ์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง กลุ่มเป้าหมาย ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ

ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยา ตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบสเตียรอยด์อย่างง่าย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด		
**๑) ร้อยละผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิตมีคุณภาพตามมาตรฐานกำหนด	๑๐๐	๑๐๐
**๒) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายกำหนด และสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐
๓) ร้อยละผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้รับการตรวจสอบฉลากและเก็บตัวอย่างตามที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐
๔) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจสอบสเตียรอยด์ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่ายตามเป้าหมายกำหนด (๓๕ ตัวอย่าง)	๑๐๐	๑๐๐
สถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด		
๕) ร้อยละสถานประกอบการน้ำดื่มบริโภค น้ำแข็ง ได้รับการตรวจมาตรฐาน GMP และเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๑๐๐	๑๐๐
๖) ร้อยละสถานประกอบการร้านขายยา ได้รับการตรวจมาตรฐาน GPP อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๑๐๐	๑๐๐
๗) ร้อยละสถานประกอบการเกลือ ได้รับการตรวจมาตรฐานตามกฎหมาย อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	-	๘๐
๘) ร้อยละร้านขายยา ร้านชำ ร้านค้าขายส่ง กลุ่มเป้าหมาย*ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ	๘๕	๙๐
๙) ร้อยละสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง ได้รับการเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องสำอางฉลากไม่ถูกต้องหรืออย.ห้ามจำหน่าย	๘๕	๘๕
๑๐) ร้อยละสถานที่ผลิตเครื่องสำอางได้รับการเฝ้าระวัง การผลิตเครื่องสำอางที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	๑๐๐	๑๐๐
๑๑) ร้อยละสถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ปีละ ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๘๕	๙๐

* ร้านกลุ่มเป้าหมาย ตามที่มีความเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ** ดำเนินการร่วมกันในระดับจังหวัด

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 นมโรงเรียน และผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

๖. รายงานการเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจข้อมูลจากครัวเรือนผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่ดำเนินกิจกรรม RDU community อำเภอละ ๑ ตำบล

๗. สรุปผลรายงานผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงและบริการสุขภาพหลังการอนุญาตดำเนินการได้ถูกต้องตามที่กฎหมายกำหนด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ร้อยละสถานประกอบการได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานกำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอาภากร เขจรรักษ์	เภสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙
นายขวัญชัย นุชกลาง	เภสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๘๖-๗๑๓๐๑๐๘
นางปธิณี อัคนิจ	เภสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๘๐-๗๔๙๔๒๖๑
นายภูวดล ภาชา	เภสัชกรปฏิบัติการ	โทร ๐๘๘-๒๗๓๒๓๙๗
นายบารมี พลขันธ์	เภสัชกร	โทร. ๐๖๑-๐๓๐๑๐๒๑

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๔๙** ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ด้านความรู้ตาม พรบ. ที่รับผิดชอบ ๒. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมาย และมีแผนการเฝ้าระวังของเครือข่ายบริการ ๓. ดำเนินการตามกฎหมาย กรณีรับเรื่องร้องเรียนหรือส่งต่อจากอำเภอ เพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพ เพื่อแจ้งผลการดำเนินงานกลับให้ทางอำเภอทราบ ๔. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน ๕. ประชุมติดตามผลงานและเสนอแนวทางพัฒนาการดำเนินงานในการประชุมงาน Post-marketing ของกลุ่มงาน อย่างสม่ำเสมอ ๖. รวบรวมรายงานจากอำเภอและรายงานผลการดำเนินงาน post-marketing ในรายงานคบส.รายไตรมาส ๗. ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กลไก SAT Team
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ด้านความรู้ตาม พรบ. ที่รับผิดชอบ ๒. ประชุมอบรม หรือพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๓. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานและบูรณาการการมีส่วนร่วมของ อปท. ท้องถิ่น หรือ พชอ. หรืองานอื่นของหน่วยบริการ ๔. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ คุณภาพผลิตภัณฑ์เป้าหมายและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ในเขตรับผิดชอบ ตามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. มีผลสรุปผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่ ๖. มีการรายงานผลการตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการด้านยา GPP ส่งให้ทางจังหวัด ๗. รายงายผลการตรวจร้านชำ ร้านค้าขายส่ง เพื่อให้ทางจังหวัดดำเนินการต่อไป ๘. มีการดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด กรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย ผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือกลไก SAT Team ในระดับอำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๒ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๐ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

๑) ร้อยละของสถานพยาบาลภาคเอกชนกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามที่กฎหมายกำหนด (ร้อยละ ๙๐)

๒) ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย (ร้อยละ ๗๕)

๒. คำนิยาม

สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง

๑. สถานพยาบาลเอกชนที่ยื่นคำขอประกอบกิจการและดำเนินการสถานพยาบาล (ตั้งใหม่) ได้รับการตรวจมาตรฐาน จนกระทั่งได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต เป็นไปตามวิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาการดำเนินงานที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน

๒. สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ได้แก่ คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนที่มีการดำเนินการที่มีแนวโน้มในการกระทำผิดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนด แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม คือ

๑. สถานพยาบาลที่เคยกระทำผิดกฎหมายหรือถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย
๒. สถานพยาบาลที่ได้รับการร้องเรียน
๓. สถานพยาบาลที่เคยกระทำผิดหรือฝ่าฝืนการอนุญาตการโฆษณา

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

เฝ้าระวังตามกฎหมาย หมายถึง การตรวจเยี่ยม การติดตาม และตรวจสอบสถานพยาบาลให้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐
ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย	๗๕	๗๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานเป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน

๒. เพื่อให้สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมายและให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานและปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล

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

๒. ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ

๓. ข้อมูลผลการตรวจสถานพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอาภากร เขจรรักษ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทร. ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๕๐** ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลเอกชน ๓. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลรายใหม่ ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามนิยาม โดยพิจารณาจากระดับความเสี่ยง ๒ เป็นต้นไป เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยแยกเป็นคลินิกกลุ่มเสี่ยงที่ให้บริการเสริมความงาม และคลินิกกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ และโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาตามระดับความเสี่ยงที่กำหนด ๔. จัดทำรายงานผลตัวชี้วัดผ่านระบบคบส. (ระบบสถานพยาบาลออนไลน์) ทุกสิ้นเดือน กรณีการยื่นขอสถานพยาบาลเอกชนรายใหม่ ๕. ออกตรวจประเมินสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย ๖. จัดทำสรุปผลการประเมิน และรายงานต่อคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดและผู้บริหารทราบ ๗. ดำเนินการตามกฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำผิด พรบ. ที่เกี่ยวข้อง ๘. ออกตรวจมาตรฐานการให้บริการโรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาลเอกชน ลักษณะคลินิกเฉพาะ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ เพื่อพิจารณาอนุญาตใหม่ ๙. ออกตรวจสถานพยาบาลเอกชน กรณีต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล ๑๐ ปี เพื่อรายงานคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด ๑๐. ดำเนินการออกตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาตและหมอกระเป๋า ร่วมกับเครือข่ายบริการ ๑๑. ประชุมคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีประจำจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล ๓. จัดทำข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอของตน ๔. ออกตรวจมาตรฐานการให้บริการสถานพยาบาลเอกชน ลักษณะเวชกรรม ทันตกรรม กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ การพยาบาลและการผดุงครรภ์

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	และสหคลินิกเพื่อพิจารณาอนุญาตใหม่ แล้วส่งผลการตรวจอนุญาตให้ สสจ. เพื่อออกใบอนุญาต ๕. ออกตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ไม่ได้รับอนุญาตเพื่อรายงาน สสจ ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป ๖. ส่งรายงานผลการตรวจสอบมา สสจ.เฉพาะกรณีเป็นสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบว่ามีผู้เสียหายจากการไปรับบริการแต่ไม่ถึงกับเป็นอันตราย (ความเสี่ยงระดับ ๒ เป็นต้นไป) เพื่อให้ สสจ. ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป (สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คลินิกที่ให้บริการเสริมความงาม หรือคลินิกเถื่อน หรือหมอกระเป๋า ในพื้นที่รับผิดชอบ) ๗. ตรวจประเมินมาตรฐานการให้บริการสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่งเพื่อเฝ้าระวังประจำปี อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาลเอกชนในเขตรับผิดชอบ ๓. ร่วมออกตรวจสอบสถานพยาบาลกับพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ๔. สอดส่องดูแล ไม่ให้มีสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาตในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หากพบให้รายงานหัวหน้าส่วนราชการ แล้วรายงาน ส่ง สสจ. ๕. รายงานผลการตรวจสอบให้ผู้บริหารระดับอำเภอทราบ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๒ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๑ ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้

๒. คำนิยาม

ความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและป้องกันสิทธิประชาชนได้ หมายถึง

๑. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอมีความเข้มแข็งในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

๒. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ (องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) มีการดำเนินงานตามนโยบายกระจายอำนาจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๓. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร)

๔. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอมีจัดการเรื่องร้องเรียนได้ตาม SOP

๕. เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพโดยกลไก SAT Team

๖. เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) สามารถประสานความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษา โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนประถมศึกษา ทุกสังกัดที่อยู่ในพื้นที่อำเภอ เพื่อเข้าร่วมกิจกรรม อย.น้อย ในโงเรียน และโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ระดับดีเยี่ยม

โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง โฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำกับดูแล ๙ ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย (ที่ใช้ในบ้านเรือน หรือ ทางการสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ และสารระเหย

โฆษณาทางสื่อออนไลน์ หมายถึง โฆษณาสินค้า หรือ บริการโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต

สื่อออนไลน์ หมายถึง ช่องทางในการโฆษณาผลิตภัณฑ์ผ่านทางอินเตอร์เน็ต ได้แก่ Shopee, Lazada, Facebook, Line, Tiktok, Instagram, Twitter, Youtube

สถานีวิทยุ หมายถึง สถานที่ใช้สำหรับทำการส่งข่าวสารสาธารณสุข หรือ รายการของการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง ไม่ว่าจะเป็นการส่งผ่านโครงข่ายของตนเอง หรือของผู้อื่นก็ตาม

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

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

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

SAT Team หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูลเพื่อติดตาม ตรวจจับ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์ความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆในรูปแบบเครือข่าย บวร.ร (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) โดยอาจมีเครือข่ายอื่นร่วมด้วย เพื่อช่วยจัดการ หรือ ป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ชุมชนนั้นประสบอยู่โดยการแก้ไขปัญหาตามแนวคิดและวิถีของชุมชน

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

โรงเรียน อย.น้อย ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม หมายถึง โรงเรียนที่นำองค์ประกอบของเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย มาใช้ประเมินตนเองโดยมีผลคะแนนการประเมินมากกว่า ๙๐ คะแนนขึ้นไป ที่ได้รับการรับรอง และการรับรองนั้นยังไม่หมดอายุ

โรงเรียน อย.น้อยพลัส หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญด้านคุ้มครองผู้บริโภค ๓ ประเด็น คือ ๑) กิจกรรมการสื่อสารเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน ๒) กิจกรรมบูรณาการร่วมกับเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน และ ๓) กิจกรรมการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อการมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

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

อปท. ที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง อปท. (อบจ./เทศบาลเมือง/เทศบาลตำบล) ที่มีการจัดทำแผนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/หรือ ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่ระบุในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอน การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๑) ดังนี้

๑. การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๒. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม

๓. การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการทำงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในท้องถิ่น

๔. ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอางและวัตถุอันตรายในสถานที่จำหน่ายตามที่ระบุในพระราชบัญญัติแต่ละประเภทและได้แต่งตั้งพนักงาน อปท. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่

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

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

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

๔) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสมุนไพร พ.ศ.๒๕๖๒๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงและสื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละจำนวนสถานีวิทยุกระจายเสียงได้รับการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ	-	๑๐๐
ร้อยละโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ทุกช่องทางได้รับการเฝ้าระวัง	-	๑๐๐
จำนวนชุมชนที่มีการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร)	ไม่น้อยกว่า ๑ ชุมชน/จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๒ ชุมชน/จังหวัด
ร้อยละจำนวน อปท. ที่มีการดำเนินภารกิจตามเป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจและมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง	-	๑๐๐
ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP	๑๐๐	๑๐๐
ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ	๕	๕

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนโรงเรียนที่ผ่านการประเมินในระดับ อย.น้อย พลัสเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๕	ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง/จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๒ แห่ง/จังหวัด
จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้น จากปี ๒๕๖๕	ไม่น้อยกว่า ๔ แห่ง/จังหวัด และมีส่วนร่วม กับ บวร.ร	ไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง/จังหวัด และมีส่วนร่วม กับ บวร.ร

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

๒. เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจการกระจายอำนาจให้ อปท.

๓. เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจการกระจายอำนาจให้ อปท.ตามเป้าหมายที่ อย. กำหนด

๔. กระตุ้น กำกับ และส่งเสริมให้มีการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ครบ ๔ ภารกิจ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และการโฆษณา

๒. ฐานข้อมูลร้านค้า

๓. ฐานข้อมูล บวร.ร

๔. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน SAT TEAM

๕. ข้อมูลการดำเนินงานของ อปท. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๖. ฐานข้อมูลโรงเรียน อย. น้อย

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่และสื่อออนไลน์ที่ได้รับการจัดการให้ถูกต้องตามกฎหมาย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่และสื่อออนไลน์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล : ร้อยละจำนวน อปท. ที่มีการดำเนินภารกิจตามเป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจ และมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป้าหมาย (อบจ. ๑ แห่ง /เทศบาลเมือง ๑ แห่ง/ เทศบาลตำบล ๑๓ แห่ง รวม ๑๕ แห่ง)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน อปท. ที่มีการดำเนินภารกิจตามเป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจ และมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : จำนวนชุมชนที่มีการจัดการและเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร) ไม่น้อยกว่า ๒ ชุมชน/จังหวัด	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนชุมชนที่มีการจัดทำโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร) เพื่อจัดการและเฝ้าระวังปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน
รายการข้อมูล : ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเรียนร้องเรียนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับ ๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือ คณะทำงานจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (SAT Team) ระดับอำเภอ มีแผนและเป้าหมายการประชุม ระดับ ๒ มีผลการประชุมคณะทำงานจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ตามเป้าหมายที่กำหนด ระดับ ๓ มีการประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ รายงานผู้เกี่ยวข้อง ระดับ ๔ นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง ระดับ ๕ ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป
รายการข้อมูล : จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมเพิ่มมากขึ้น	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมเพิ่มมากขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๕ โดยมีโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมไม่น้อยกว่า ๕ แห่ง/จังหวัด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเกษียร นวนน่วม	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
นางกาญจนา แป๊ะประภา	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
นางอาภากร เขจรรักษ์	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
นายขวัญชัย นุชกลาง	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
นายภูวดล ภูชา	ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ
นายบารมี พลขันธ์	ตำแหน่ง เภสัชกร
นางสาวอารยา โรจนรัตนางกูร	ตำแหน่ง เภสัชกร

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๕๑** ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กำหนดขั้นตอนการเฝ้าระวังและการรายงานข้อมูลการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้รู้เท่าทันสื่อ ๓. บูรณาการแก้ไขปัญหาโฆษณาระหว่าง สสจ. กับ กสทช.ภาค และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ๔. รวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานีวิทยุในพื้นที่จังหวัดที่พบการโฆษณาผิดกฎหมาย ๕. ดำเนินการบังคับใช้กฎหมาย หากพบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุ กระจายเสียงในพื้นที่จังหวัดที่ผิดกฎหมาย ๖. ดำเนินการตามกฎหมาย หากพบโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๗. ส่งเสริม สนับสนุน ให้ผู้ประกอบการสื่อโฆษณาดำเนินการอย่างถูกต้อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รวบรวมข้อมูลสถานีวิทยุกระจายเสียงในพื้นที่อำเภอ รายงานต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ๒. พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังและดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่ ที่ผิดกฎหมาย ๓. ดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุกระจายเสียง จำนวน ๒ ครั้ง/ปี ๔. ดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ทั้ง ๘ ช่องทางๆละ ๑ ผลิตภัณฑ์ ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๕. สนับสนุนข้อมูลให้ผู้บริโภคมีความรู้เท่าทันสื่อ ๖. รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัด** ร้อยละจำนวน อปท. ที่มีการดำเนินภารกิจตามเป้าหมายการกระจายอำนาจครบทั้ง ๔ ภารกิจและมีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้อง	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดประชุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย อบจ. เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติตามภารกิจเป้าหมายการกระจายอำนาจทั้ง ๔ ภารกิจของ อย. และแนวทางการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้องแก่ อปท. ๒. นิเทศ/ลงพื้นที่เยี่ยมการดำเนินกิจกรรม ๔ ภารกิจ ของ อปท. ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานเด่นของ อปท. ทุกอำเภอ ๔. จัดประกวดและมอบใบประกาศแก่ อปท. ที่มีผลงานเด่นระดับจังหวัด ๕. สรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและ อย. ทราบ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. สนับสนุนองค์ความรู้/จัดประชุมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย อบจ. เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนส่งเสริม การปฏิบัติตามภารกิจเป้าหมายการกระจายอำนาจทั้ง ๔ ภารกิจของ อย. และแนวทางการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามประกาศที่เกี่ยวข้องแก่ อปท. ๒. นิเทศ/ลงพื้นที่เยี่ยมการดำเนินกิจกรรม ๔ ภารกิจ ของ อปท. ๓. ร่วมพัฒนา/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเตรียมนำเสนอผลงานเด่นของ อปท. ทุกอำเภอ ๔. สรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารทุกระดับทราบ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัด** จำนวนชุมชนที่มีการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กระตุ้นและติดตามทางอำเภอให้มีการดำเนินงานจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย บวร.ร ๒. จัดอบรมการรายงานผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบ FDA Center ให้กับอำเภอ ๓. จัดการประกวด Best practice ในการจัดการปัญหาและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิด อย. ๓ วัย/๓ ไว ระดับจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. สนับสนุนให้มีการดำเนินการและทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อจัดทำโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร) ในการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ๒. มีการคืนข้อมูลให้กับชุมชนและร่วมกันในการหาแนวทางป้องกันภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ๓. รายงานผลการดำเนินกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาและการเฝ้าระวังในระบบ FDA Center

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัด** ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ๒. สนับสนุนด้านวิชาการและองค์ความรู้ต่างๆ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานให้แก่เจ้าหน้าที่ รพท./รพช./สสอ./ประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ๓. ส่งเสริม สนับสนุน ติดตามกำกับและประเมินผลเครือข่ายดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ๔. นิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงานภาพรวมเพื่อรายงาน ๕. รับเรื่องและดำเนินการตามกฎหมาย
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ๒. มี SOP ในการปฏิบัติงานเรื่องร้องเรียน ๓. มีระบบการรับเรื่องร้องเรียน ๔. มีการดำเนินการและบันทึกตาม SOP ที่กำหนด ๕. รายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและประสานข้อมูลต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัด** ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับจังหวัด ๒. ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนแนวทางและกลยุทธ์การปฏิบัติงานสู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อำเภอและตำบล ๓. ประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ พร้อมรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ ๔. นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง ๕. ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพและร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุภาพ และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ ๒. ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนแนวทางและกลยุทธ์การปฏิบัติงานสู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบล ๓. ประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ พร้อมรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ ๔. นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง ๕. ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพและร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุภาพและสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัด** จำนวนโรงเรียนที่ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย ในระดับดีเยี่ยมและอย.น้อยพลัส เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๕	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กระตุ้นและติดตามทางอำเภอให้มีการสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียนตามเกณฑ์การประเมินเพื่อผ่านการประเมินในระดับดีเยี่ยม และ อย.น้อย พลัส ที่เพิ่มมากขึ้น ๒. จัดอบรมให้กับนักเรียนแกนนำ อย.น้อย ในโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๑๓ อำเภอ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ในการบริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณา ๓. จัดอบรมการดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐาน โรงเรียน อย. น้อย และการประเมินผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบ FDA Center ๔. กระตุ้น/เยี่ยมเสริมพลังให้กำลังใจ และให้คำแนะนำการประเมินตามมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อยให้กับโรงเรียนกลุ่มเป้าหมายทั้ง ๑๓ อำเภอ ๕. จัดการประกวด Best practice ในการจัดการปัญหาและเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแนวคิด อย. ๓ วัย/๓ ไว ระดับจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้โรงเรียนเข้าร่วมรับการประเมินโรงเรียน 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 ๒๕๖๖ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินโรงเรียน อย.น้อย เพื่อพัฒนาไปสู่ผลการประเมินในระดับดีเยี่ยม และ อย.น้อย พลัส

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัด** ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ประกอบการสื่อโฆษณาดำเนินการอย่างถูกต้อง ๒. ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงาน คบส.ในพื้นที่ เช่น เป็นวิทยากรฝึกอบรม ๓. สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ อปท. มีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ. อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ และ พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๕๘ ๔. สนับสนุนให้มีเทศบาลต้นแบบ (ดำเนินงานครบทั้ง ๔ ภารกิจ) ๕. ติดตามผลดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่กำหนด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงาน คบส. ในพื้นที่ร่วมกับ สสจ. ๒. ติดตามผลดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่กำหนด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๒ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๒ ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต

๒. คำนิยาม

ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ วัตถุเสพติด ของผู้ประกอบการ ในจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่

๑. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid–19 หมายถึง เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง (แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ) วัตถุอันตราย (ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด) และผลิตภัณฑ์สมุนไพร (ฟ้าทะลายโจร)

๒. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ได้แก่ อาหาร วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

๓. 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)

ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริม หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ แก่ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและสามารถได้รับการอนุญาตสถานที่และผลิตภัณฑ์จาก อย.หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	-	๘๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งกระตุ้นเศรษฐกิจ 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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางปธิณี อัคนิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทร ๐๘๐-๗๔๙๔๒๖๑

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๕๒** ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ด้านความรู้ตาม พรบ.ที่รับผิดชอบ ๒. สำรวจสถานการณ์ ข้อมูลต่างๆ ของสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย ที่ยังไม่ได้รับอนุญาตจาก อย. ในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สามารถคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายได้ตามความเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ๓. กำหนดแผนบูรณาการระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่จังหวัด เพื่อการพัฒนาและส่งเสริมกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ๔. คัดเลือกกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมแผนบูรณาการระดับจังหวัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่จังหวัด ๕. ดำเนินการตามแผนบูรณาการระดับจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในพื้นที่จังหวัด เพื่อการพัฒนาและส่งเสริมกลุ่มเศรษฐกิจฐานราก ให้สามารถได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ) ให้ได้รับการส่งเสริม ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ข้อบังคับและมาตรฐานต่างๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาต ๖. สรุปผลดำเนินงานในระดับพื้นที่ มีการติดตามเคสยื่นขออนุญาตจนได้รับผลการพิจารณา มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน สามารถวิเคราะห์ประสิทธิผล ผลสัมฤทธิ์ และประสิทธิภาพได้ชัดเจน นำเสนอข้อมูลร้อยละของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายตามแผนบูรณาการระดับจังหวัด ซึ่งมีการสนับสนุนส่งเสริมกลุ่มเศรษฐกิจ ฐานราก เพื่อให้สามารถได้รับการอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดทำข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๒. ประชุมอบรม หรือการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๓. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานและบูรณาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. ท้องถิ่น หรือ พชอ. หรืองานอื่นของหน่วยบริการ ๔. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ คุณภาพผลิตภัณฑ์เป้าหมายและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ในเขตรับผิดชอบ ตามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๕. มีผลสรุปผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	สุขภาพและมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ ในพื้นที่ ๖. มีการดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด กรณีพบการกระทำ ฝ่าฝืนกฎหมาย ผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะทำงาน/ชุดปฏิบัติการตรวจสอบการ ดำเนินงานกัญชง ในระดับอำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๒ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

๒. คำนิยาม

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

๑. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มิใช่ที่หรือทางสาธารณะ และมิใช่การขายของในตลาด
๒. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ
๓. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ดังนี้

มาตรฐาน Clean Food Good Taste หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารระดับพื้นฐาน 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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๕ แห่ง	ร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยให้บริการในพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐาน ตามกฎหมายกำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายประวัติ แปลงมาลย์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๕-๐๐๒ ๗๖๓๔

นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๕๔๔ ๖๑๕๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๕๓** ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๒. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับและรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๓. วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานสุขาภิบาลอาหารระดับจังหวัด ๔. สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๕. ร่วมกับกรมอนามัยและภาคีเครือข่ายสุ่มประเมินเชิงคุณภาพฯ ในพื้นที่ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๒. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข่องในระดับพื้นที่และรายงานตามแบบฟอรมที่กำหนด ๓. วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในพื้นที่ ๔. สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในพื้นที่ ๕. ตรวจประเมินและให้คำแนะนำสถานที่จำหน่ายอาหารในเขตพื้นที่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๖. ร่วมกับภาคีเครือข่ายประเมินเชิงคุณภาพฯ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑตัวชี้วัดร่วมกับ อปท. ในพื้นที่และรายงานตามแบบฟอรมที่กำหนด ๒. วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในพื้นที่ ๓. ตรวจให้คำแนะนำสถานที่จำหน่ายอาหารในเขตพื้นที่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๔. ร่วมกับภาคีเครือข่ายประเมินเชิงคุณภาพตามมาตรฐาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๑๒ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๔ ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

๒. คำนิยาม

อาหารสด หมายถึง ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด)

อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต กลุ่มคาร์บาเมต กลุ่มออร์แกโนคลอรีน และกลุ่มไพรีทรอยด์ ตามเกณฑ์ที่กฎหมายกำหนด และเนื้อสัตว์ไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง

อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) และน้ำมัน

อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ไม่มีสารห้ามใช้ตามที่กฎหมายกำหนด

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ ในการควบคุมกำกับ

๑. ให้ผู้ประกอบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ด้วยการแนะนำผู้ประกอบการและตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหารที่จำหน่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ส่งตรวจรถตรวจสอบอาหารเคลื่อนที่ หรือส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการตามข้อกฎหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูป

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

๓. ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการตามเกณฑ์รพสต ติดดาว ในการสุ่มตรวจความปลอดภัยในอาหารสด โดยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อบต.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	๘๕	๘๕

๔. วัตถุประสงค์

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปในจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการตรวจสอบและเฝ้าระวังปราศจากสารห้ามใช้ อย่างน้อยร้อยละ ๘๕

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง
๒. รายงานการตรวจสถานประกอบการ
๓. รายงานผลวิเคราะห์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางปธิณี อัคนิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทร ๐๘๐-๗๔๙ ๔๒๖๑
นายบารมี พลขันธ์ ตำแหน่ง เภสัชกร
โทร. ๐๖๑-๐๓๐ ๑๐๒๑

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๑๒** โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๕๔** ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. มีแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์ ๒. มีการเก็บตัวอย่างบรรลุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงานคบส.รายไตรมาสในระยะเวลาที่กำหนด ๓. การจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด หรือเป็นไปตามแนวทางที่เขตกำหนด ๔. มีการจัดทำกิจกรรมพัฒนาผักและผลไม้ให้มีความปลอดภัยครอบคลุมทั้งจังหวัด ระดับจังหวัดดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายโรงคัดแยกผักและผลไม้ ๕. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีแผนการจัดซื้อชุดตรวจสอบสารปนเปื้อน ๕ ชนิด (ยาฆ่าแมลงฟอร์มาลีน บอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว) และมีการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒. มีการจัดใช้ชุดตรวจสอบสารปนเปื้อนตรวจตัวอย่างอาหารและเก็บตัวอย่างบรรลุเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงาน คบส.รายไตรมาส หรือรายงานเฉพาะกิจในระยะเวลาที่กำหนด และมีการจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดหรือเป็นไปตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด ๓. มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ ๔. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูปให้มีความปลอดภัย ผ่านกลไก พชอ. (อาหารปลอดภัย) ๕. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย ๕.๑) มีแผนและการจัดซื้อ ข้าว ไข่ ผัก ปลอดสารห้ามใช้ตามโครงการกำหนด ๕.๒) ตลาดสีเขียวของโรงพยาบาลมีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ และมีกระบวนการแก้ไขปัญหากรณีผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน ๕.๓) มีการรายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยแก่อำเภอและจังหวัดตามรูปแบบและระยะเวลากำหนด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection excellence)
แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ ๑๓ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) 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

๑. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕

หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

๑. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)

๒. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตาม กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน

๑. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล

๑. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดย เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ

๒. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการ ของผู้ป่วยและญาติ หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล

๓. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร

๔. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตาม กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล

๕. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

๖. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)

ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)

หมวด Innovation: การ พัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN

๑. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประ โยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล และชุมชน

หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN

๑. 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	G&CH plus ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge

๕. แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท./รพช.)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายประวัติ แปลงมาลย์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๕-๐๐๒ ๗๖๓๔

นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๕๔๔ ๖๑๕๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๖ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม **โครงการที่ ๑๓** โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม **ตัวชี้วัดที่ ๕๕** ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ๒. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาลโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและชี้แจงเกณฑ์โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ๓. ติดตาม นิเทศ/ประเมินรับรองฯ ๔. ประชุมคณะทำงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ประเมินตนเองตามเกณฑ์โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Challengeเพื่อวางแผนดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน ๒. ประชุมชี้แจงเกณฑ์ฯ พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล ๓. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ๔. ประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เพื่อขอรับการประเมินในระดับที่สูงขึ้นจากทีมตรวจประเมินของ สสจ.และศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น ๕. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital Sub-district และมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในระดับ รพสต. ๖. กำกับติดตามประเมินผลและพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN ในรพสต.อย่างต่อเนื่อง (GREEN & CLEAN Hospital Sub-district) บูรณาการกับ รพสต.ติดดาว ๗. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN ใน รพ.สต.และเครือข่ายสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN (GREEN & CLEAN Hospital Sub-district) ๒. ขยายเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community ๓. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

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. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๖ จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. คำนิยาม

เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดเวลารอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมีการเพิ่มคนสุขภาพดี โดยใช้หลักสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ลดคนป่วย เน้นการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและ ขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ด้วยกลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 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 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก ศสม./รพ.สต. เช่น พยาบาล/นวก.จพ.สส.ชุมชน/ทันตฯ/จพง.เภสัชกรรม/แพทย์แผนไทย/จนท.สธ. และ อื่นๆ ดูแลประชากร ๑,๒๕๐-๒,๕๐๐ คน มีบทบาท ดูแลสุขภาพประชาชน ครอบครัวและชุมชน/ให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงหมอที่ ๑

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

ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ

(๑) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน

(๒) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน

(๓) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่

(๔) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว

(๕) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย

Staff
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา
- พยาบาลวิชาชีพ ๒ คน เป็นอย่างน้อย
- นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ๒ คน เป็นอย่างน้อย

System
- มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน +/- ๒,๐๐๐ คน ขึ้นกับบริบทของพื้นที่
- มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี
- ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
- การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
- ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ
- ข้อมูลสถานะสุขภาพ กลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

Structure
- มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๒

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับจังหวัดปี ๒๕๖๕

จังหวัดมหาสารคาม มีแผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ๑๐ ปี (๒๕๖๒-๒๕๗๒) จำนวน ๘๖ ทีม ผลการดำเนินงานจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สะสม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ จำนวน ๖๗ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๗๗.๙๐
เกณฑ์เป้าหมาย จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๗ ทีม

	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)
Small success	๑. แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี ๖๖ ๒. รูปแบบการติดตาม ประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๔๐	จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓,๐๐๐ หน่วย (ร้อยละ ๔๕)	จัดตั้ง PCU/NPCU ๓,๕๐๐ ทีม (ร้อยละ ๕๑)

๔. วัตถุประสงค์

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

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster **โครงการที่ ๑๔ :** โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ **ตัวชี้วัดที่ ๕๖ :** การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดและประสานกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม (กสพ.) ๒. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๓. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๔. พัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอ ประสานและสนับสนุนการ ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว และพัฒนาสหสาขาวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และ Service plan เพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว ๕. ทบทวนแผนการขึ้นทะเบียน ๑๐ ปี ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และประสานงานและสนับสนุน การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๖. พัฒนาทีมประเมินคุณภาพ ๗. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพแบบเยี่ยมเสริมพลังทั้งภายนอกและภายในจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอโดยมีโครงสร้างครอบคลุมทั้งสาธารณสุขและ อบจ.เพื่อประสานให้เกิดคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒. กำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน การประเมินผล ๓. ทบทวนแผนการจัดตั้ง ๑๐ ปี และดำเนินการตามแผน สนับสนุนทรัพยากร และ การจัดหาสถานที่การจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ๔. ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถให้บริการตามมาตรฐานการบริการตาม Primary care service ที่กำหนดไว้ในประกาศตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๕. วิเคราะห์ส่วนขาดของบุคลากร วางแผนร่วมกับ งาน HRM การเพิ่มคุณภาพ บุคลากร ๖. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ๒. ทำทะเบียนคู่แพทย์กับประชาชนในทีม PCU/NPCU ที่ประกาศขึ้นทะเบียนแล้ว ๓. สื่อสารช่องทางการติดต่อหมอประจำตัว ๓ คน และสร้างการรับรู้กับประชาชนให้ประชาชนรู้จักหมอประจำครอบครัว ทั้ง ๓ หมอ และสิทธิที่ประชาชนจะได้รับ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๗ ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน
ตัวชี้วัดที่ ๕๘ จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ

๒. คำนิยาม

ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

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

๒. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่

(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด

และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสานประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน	๓๐ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔)	๓๕ ล้านคน (ร้อยละ๕๑)

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับจังหวัดปี ๒๕๖๕

	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)
Small Success	แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖	คนไทย ๒๘ ล้านคน มีหมอประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๔๒)	คนไทย ๓๐ ล้านคนมีหมอประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๔๕)	คนไทย ๓๕ ล้านคนมีหมอประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๕๑)

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

๒. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรทั้งหมด (แหล่งข้อมูลประชากรกลางปี ทะเบียนราษฎร์ ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔) https://www.dopa.go.th
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) **โครงการที่ ๑๕ :** โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ **ตัวชี้วัดที่ ๕๗ :** ร้อยละประชาชนคนไทยมีหมอครอบครัว ๓ คน **ตัวชี้วัดที่ ๕๘ :** จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับจังหวัดและประสานกับคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม (กสพ.) ๒. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๓. พัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอ ๔. สนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๕. ส่งเสริมและสนับสนุนระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ Telehealth, Telemedicine ๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และประชาสัมพันธ์สู่สาธารณสุข **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอโดยมีโครงสร้างครอบคลุมทั้งสาธารณสุขและ อบจ.เพื่อประสานให้เกิดคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒. กำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน การประเมินผล ๓. สนับสนุนและ ส่งเสริมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว การพัฒนาสหสาขาวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และ Service plan เพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว พัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน/อสม. หมอที่ ๑ ๔. สนับสนุน และส่งเสริม การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดย มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน การทำงาน ของทีม ๓ หมอ ๕. พัฒนาและส่งเสริมการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และการใช้ Telehealth Telemedicine ในการให้บริการปฐมภูมิ ๖. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel ๗. สนับสนุนทรัพยากร ๘. สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ๙. กำกับติดตามประเมินผล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล/ระดับ PCU/ NPCU</u> ๑. จัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน ๒. วิเคราะห์สภานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (WECADO) และกำหนดแนวทางการทำงานเพื่อสร้าง Health literacy แก่กลุ่มเป้าหมายในทีม ๓ หมอ ๓. บูรณาการกับ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับ ตำบล ๔. บริการตามมาตรฐานการบริการตาม Primary care service ที่กำหนดไว้ในประกาศ แห่ง พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๕. จัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการส่งต่อ โดยใช้กลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ๖. พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็นหมอที่ ๑ ทุกคน ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลครอบครัว อสม.หมอประจำบ้าน/อสม. หมอที่ ๑ ๗. พัฒนา และส่งเสริม การใช้ข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ มีการใช้ ระบบแพทย์ทางไกล Telehealth Telemedicine ในกลุ่มเปราะบางและกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ และกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง Palliative care เป็นต้น ๘. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel กับรพ.แม่ข่าย ๙. พัฒนาระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพในชุมชน ๑๐. รายงานผลการดำเนินงาน และ สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๙ ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๒. คำนิยาม

ตำบล หมายถึง ตำบลตามกฎหมายว่าด้วยลักษณะปกครองท้องที่ที่อยู่นอกเขตหน่วยการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการการดำเนินงานของ อสม. หมอคนที่ ๑ กลไก ๓ หมอ ทีมขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประชาชนชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น มีความมั่นคงด้านสุขภาพและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการสร้างสุขภาวะของชุมชนแบบบูรณาการในประเด็นตามบริบทของชุมชน เชื่อมโยง หนุนเสริม พชอ.และระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง เพื่อการพัฒนาคุณภาพทั่วถึงและยั่งยืน โดยใช้ทรัพยากร ภูมิปัญญาและนวัตกรรมของชุมชน ภายใต้แผนการขับเคลื่อนชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยมุ่งเน้นส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค พัฒนาคุณภาพชีวิต ดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ เป็นรูปธรรม นำไปสู่เป้าหมายชุมชนสุขภาพดี

เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตวิถีใหม่ (คุณภาพ) หมายถึง ตำบลที่เข้มแข็งมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนอย่างเป็นระบบ และจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยตนเอง ตามเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตวิถีใหม่ที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ อสม. หมอคนที่ ๑ กลไก ๓ หมอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทีมขับเคลื่อนตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนหนุนเสริมระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนอย่างเป็นระบบ การจัดการสุขภาพและคุณภาพชีวิต ของคนในชุมชนได้อย่างยั่งยืน

๒. เพื่อส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน นวัตกรรมปัญญาปฏิบัติ นวัตกรรมสังคม ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง ครอบครัว และการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยชุมชน เชื่อมโยง ส่งต่อหน่วยบริการปฐมภูมิ “SMART COMMUNITY”

๓. เพื่อสร้างสุขภาวะชุมชนแบบพึ่งตนเอง ด้วยการผสมผสานพหุมิติสุนทรียปัญญา และการสร้างรายได้เสริมที่ยั่งยืน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตวิถีใหม่

๒. คู่มือการบันทึกผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตวิถีใหม่

๖. รายการข้อมูล

การประเมินผลข้อมูล : เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับพื้นที่มีการดำเนินการตามแนวทางตำบลจัดการคุณภาพชีวิตและบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตวิถีใหม่ (คุณภาพ) เว็บไซต์ www.thaiphc.net ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย

๑. ประเด็นเป้าหมายการสร้างสุขของตำบลที่คนในตำบลร่วมกันกำหนดเอง

๒. แกนนำขับเคลื่อน (GateKeeper) ทีมทำงาน และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๓. แผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วม

๔. การดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๕. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในประเด็นเป้าหมายของตำบล ที่คนในตำบลมีอิสระในการกำหนดเกณฑ์วัดและประเมินผลเอง

รายการข้อมูล : ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางวราภรณ์ สาวิสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐-๔๐๔๙๒๘๕ E mail : fruk2546@hotmail.com
หน่วยงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔
หน่วยงาน กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) **โครงการที่ ๑๔ :** โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ **ตัวชี้วัดที่ ๕๙ :** ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแนวทางการดำเนินงาน ๒. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ๓. สนับสนุนชุดความรู้ แบบประเมิน ฐานข้อมูล ๔. ระบุเป้าหมายพื้นที่ดำเนินการพื้นที่ต้นแบบฯตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ปี ๒๕๖๖ ๕. พัฒนาพื้นที่ตำบลต้นแบบฯ ส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นให้ดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในพื้นที่รับผิดชอบ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ๒. สนับสนุนชุดความรู้ แบบประเมิน ฐานข้อมูล ๓. พัฒนาพื้นที่ตำบลต้นแบบฯ ส่งเสริม สนับสนุน กระตุ้นให้ดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในพื้นที่รับผิดชอบ ๔. บูรณาการการดำเนินการร่วมกับ พชอ. พชต. ในพื้นที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. บูรณาการการดำเนินการร่วมกับ พชอ.พชต. ในพื้นที่ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒. ประเมินความพร้อมตนเองการดำเนินการ เติมเต็มส่วนที่ขาดสู่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๓. ประเมินความพร้อมศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ๔. ประเมินความพร้อมการคัดกรองโรคของ ศสมช.

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๐ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง

อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
๓. โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (อสม.หมอประจำบ้าน ๑ คนดูแลผู้ป่วย ๗ คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔
นางวราภรณ์ สาวิสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๐-๔๐๔๙๒๘๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) **โครงการที่ ๑๕** : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและ อสม. **ตัวชี้วัดที่ ๖๐** : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	<u>**แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด**</u> ๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนโดย อสม. หมอประจำบ้าน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๖ ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอในการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และชี้แจงแนวทางการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม.หมอประจำบ้าน ๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม.หมอประจำบ้าน ระดับอำเภอ ตำบล ๔. รวบรวม ประเมินผลตามไตรมาส ๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net ๖. รวบรวมผลงาน Best Practice ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยกลไกการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกอำเภอเพื่อขยายบทเรียนดี ๆ สู่สาธารณะ ๗. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชิดชูผลงาน Best Practice อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยบูรณาการกลไกการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในเวทีสรุปผลงานขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๖
	<u>**แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ**</u> ๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนโดย อสม. หมอประจำบ้าน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๖ ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอในการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และชี้แจงแนวทางการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม.หมอประจำบ้าน ๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน ระดับตำบล ๔. รวบรวม ประเมินผลตามไตรมาส

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net ๖. รวบรวมผลงาน Best Practice อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทุกตำบลเพื่อขยายบทเรียนและรายงานผลงาน ๗. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice อสม.หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกตำบล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. มอบผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ให้ อสม.หมอประจำบ้าน ระดับหมู่บ้าน ๑ คนต่อผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย ๗ ราย ให้รับผิดชอบพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น ๒. อสม.หมอประจำบ้าน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ๓. อสม.หมอประจำบ้านประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ ๔. อสม.หมอประจำบ้าน รายงานผลการปฏิบัติให้ รพ.สต. ๕. รพ.สต. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net ๖. รวบรวมผลงาน Best Practice อสม.หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทุกหมู่บ้านเพื่อขยายบทเรียนและรายงานผลงาน ๗. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อสม.หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายบูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทุกหมู่บ้านและกลุ่มเป้าหมาย/ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาต่อไป

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๑ จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

๒. คำนิยาม

อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน	**๑,๙๔๔ คน** หมู่บ้านละ ๑ คน	**๑,๙๔๔ คน** หมู่บ้านละ ๑ คน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
๓. โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชน
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายที่จะได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน (หมู่บ้านละ ๑ คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔
นางวราภรณ์ สาวิสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๐ ๔๐๔๙๒๘๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ **โครงการที่ ๑๕** : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม. **ตัวชี้วัดที่ ๖๑** : จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๖ บูรณาการแผนเพื่อขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ๒. จัดประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมทีมวิทยากรพื้นที่ระดับอำเภอในรายละเอียดหลักสูตรการจัดการพัฒนา อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ ๓. วางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ๔. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ ๕. ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ ๖. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดการอบรม พัฒนาศักยภาพ ของ อสม.หมอประจำบ้าน ระดับหมู่บ้าน ตำบล ๒. มอบภารกิจ รพ.สต. กำกับติดตามการปฏิบัติงานของ อสม.หมอประจำบ้าน ๓. ประเมินและรายงานผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพเป็นเอกสารรูปเล่ม อำเภอละ ๑ เล่ม ๔. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. คัดเลือก อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ ๑ คน (อสม.เลือกกันเอง) ๒. อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ ๑ คน คัดเลือกระดับตำบล ๑ คน ๓. ร่วมกับอำเภอจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ๔. มอบภารกิจ อสม.หมอประจำบ้านดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง) ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ๕. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๒ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว

๒. คำนิยาม

อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายในครอบครัวกรณีครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง อาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้เป็น อสค. ได้

มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) ประเมินจาก

๑. มีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลและเข้าถึงบริการสุขภาพ
๒. มีความรู้ ความเข้าใจ ข้อมูลและบริการสุขภาพ
๓. ทักษะการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจด้านสุขภาพ
๔. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพื่อสุขภาพ
๕. ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๖. ทักษะการนำเสนอบอกต่อข้อมูลสุขภาพเพื่อสังคม

เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว หมายถึง อสค.แต่ละครอบครัวสามารถเป็นแกนนำ ดังนี้

๑. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง
๒. สามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
๓. สามารถประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) ไปถึงทุกครอบครัว
๒. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง
๓. เพื่อพัฒนาให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
๓. โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน
๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัวได้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔
นางวราภรณ์ สาวิสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๐ ๔๐๔๙๒๘๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) **โครงการที่ ๑๕** : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม. **ตัวชี้วัดที่ ๖๒** : อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งสู่มหาสารคามเป็นเมืองเปี่ยมสุข ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ทีมระดับอำเภอ ในการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว ๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผล ๔. รวบรวม ประเมินผลรายไตรมาส ๕. รายงานผลการดำเนินงาน.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งสู่มหาสารคามเป็นเมืองเปี่ยมสุข ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้ทีมระดับตำบลในการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว ๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผล ๔. รวบรวม ประเมินผลตามไตรมาส ๕. รายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. คัดเลือก อสค. ตัวแทนจากทุกครอบครัว ครอบครัวละ ๑ คน ๒. พัฒนา อสค. ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และ และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว ๓. ประสาน อสม. ให้เป็นพี่เลี้ยงแนะนำ อสค. และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และภาวะการเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัวของ อสค. ๔. อสม.รายงานผลการประเมิน ให้ รพ.สต. ทราบ ๕. รพ.สต. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงาน ให้ สสอ.

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒. คำนิยาม

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้านและชุมชน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท

การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยกระบวนการสร้างสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)

ระดับการพัฒนา

๑. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
๒. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ
๓. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน
๔. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน 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 รวม ๑,๙๗๔ หมู่บ้าน/ชุมชน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	-	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. จากการประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระบบ Health Gate กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒. จากการประเมินชุมชนดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข จากแบบประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	
รายการข้อมูล ๑	A = ชุมชนที่มีดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ระดับพัฒนาขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔
นางวราภรณ์ สาวิสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๐ ๔๐๔๙๒๘๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) **โครงการที่ ๑๕** : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม. **ตัวชี้วัดที่ ๖๓** : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งสู่มหาสารคามเป็นเมืองเปี่ยมสุข ถ่ายทอดนโยบายลงสู่ระดับอำเภอ ๒. ชี้แจงแนวทางการพัฒนาชุมชนให้มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข แก่ทีมระดับอำเภอ โดยเน้นประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม ๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผล ระดับอำเภอ ตำบล ๔. รวบรวม ประเมินผลรายไตรมาส ๕. รายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม โดยมุ่งสู่มหาสารคามเป็นเมืองเปี่ยมสุข ๒. ชี้แจงแนวทางการพัฒนาชุมชนให้มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข แก่ทีมระดับตำบล โดยเน้นประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม ๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลของชุมชน ๔. รวบรวม ประเมินผลรายไตรมาส ๕. รายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ชี้แจงแนวทางการพัฒนาชุมชนให้มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน โดยมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข แก่ทีมแกนนำสุขภาพและเครือข่ายภาคีสุขภาพ ระดับชุมชนทุกชุมชน โดยเน้นประชาชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม ๒. ส่งเสริมและพัฒนาชุมชนให้มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม ให้กับประชาชน ตามระดับการพัฒนา ๔ ระดับ ๓. ประเมินระดับการพัฒนาของชุมชน และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ (๖๖ เนื้อหา) ของประชาชน ๔. รพ.สต. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงาน ให้ สสอ.ทราบ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
ตัวชี้วัดที่ ๖๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้
ตัวชี้วัดที่ ๖๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้

๒. คำนิยาม

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

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

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I๑๐-I๑๕

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดกัน < ๑๔๐/๙๐ mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥๔๐	≥๔๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	≥๖๐	≥๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

๔.๒ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

๕. แหล่งข้อมูล

ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	
รายการข้อมูล ๑	A: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล ๒	B: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
รายการข้อมูล : ๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	
รายการข้อมูล ๑	C: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
รายการข้อมูล ๒	D: จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี = (A/B) x ๑๐๐ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี = (C/D) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๖ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **ตัวชี้วัดที่ ๖๔** ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ๖๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ ๖๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. กำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ ๒. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย อย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรัง ๓. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ป่วยโดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ ๔. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ๕. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดบริการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒. ดำเนินงานตำบลต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๕ 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 ปีที่ขึ้นทะเบียน 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥๙๐	≥๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

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) ยกเว้นรหัส 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 I๑๐–๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐–I๑๕ ร่วมกับ I๖๐–๖๙
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) = (A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะชารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๖ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **ตัวชี้วัดที่ ๖๕** ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานป้องกันโรค CVD สำหรับบุคลากรระดับ รพ.สต. ๒. สนับสนุนการดำเนินงานประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี ๓. ติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> 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
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๖ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาใน Stroke Unit

ตัวชี้วัดที่ ๖๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

ตัวชี้วัดที่ ๖๖.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๒. คำนิยาม

คำนิยามตัวชี้วัดย่อย ๖๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	น้อยกว่า ร้อยละ ๗

๔. วัตถุประสงค์

ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke : I๖๐-I๖๙)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล

รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๗:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๘:

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗	-	น้อยกว่าร้อยละ ๗

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมองจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ ๒. มีการนำ Care map for morrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit	๑. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม.ได้รับการรักษาภายใน ๖๐ นาที ≥ ๖๕ % ๒. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit ≥ ๗๐% ๓. โรงพยาบาลระดับ A, S ทุกแห่งต้องมี Stroke Unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๔. อบรม Stroke : Basic course	๑. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I๖๐-I๖๒) <๒๕% ๒. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke: I๖๓) <๕% ๓. จัดให้มี Stroke Unit และ Stroke Fast Track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม ๔. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ. ในเครือข่ายวิชาการ ๕. อบรม Stroke Advance course	๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) <๗% ๒. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke : I๖๐-I๖๒) <๒๕% ๓. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke : I๖๓) <๕% ๔. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาภายใน ๖๐ นาที ≥ ๗๐% ๕. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥๗๕% ๖. มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง ๗. อบรม Stroke Manager course

วิธีการประเมินผล :

ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๖ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาใน Stroke Unit

ตัวชี้วัดที่ ๖๖.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

ตัวชี้วัดที่ ๖๖.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๒. คำนิยาม

ตัวชี้วัดย่อย ๖๖.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์ ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด

๕. แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด

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

ระยะเวลาประเมินผล ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก ๖ เดือน

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๖ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๗ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	-	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com
๓. นางเบญจพร เองวานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
มือถือ ๐๙๑-๔๑๙-๙๗๔๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการชื่อ ๑๖ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๖๖** : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาใน Stroke Unit **ตัวชี้วัดที่ ๖๖.๑** อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) **ตัวชี้วัดที่ ๖๖.๒** ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง มี Stroke unit และให้บริการ Stroke fast track อย่างมีคุณภาพ ๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ๔. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๕. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รพ.ทุกแห่ง ต้องมี Stroke unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ๒. ระบบการส่งต่อ Refer out ๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk ๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพและ Care Giver ๖. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๗ ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster : SCC)

ตัวชี้วัดที่ ๖๗.๑ ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๖๗.๒ 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 และ รพ.นาเชือก

๒.๔.๓ Node โกสุมพิสัย ประกอบด้วย รพ.แม่ข่าย คือ รพ.โกสุมพิสัย รพ.ในเครือข่าย คือ รพ.เชียงยืน และ 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

๑. สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕),

๒. สาขาโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๓. สาขาอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

๔. สาขาทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพ ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน และเข้าเกณฑ์การส่งต่อ Fast-track โดยใช้ STABLE program

๕. สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Head injury)

โดยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Fast Track ระหว่างเครือข่ายบริการ

นิยามผู้ป่วยฉุกเฉิน

๒.๕.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๒.๕.๒ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

- ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี 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 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี 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

๒.๕.๓ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕)

๒.๕.๔ ทารกแรกเกิดมีชีพ ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน และเข้าเกณฑ์การส่งต่อ Fast-track โดยใช้ STABLE program

๒.๕.๕ สาขาอุบัติเหตุฉุกเฉินหมายถึง ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Head injury)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster : SCC)		
๖๗.๑ ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	-	ร้อยละ ๖๐
๖๗.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๒. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
๓. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย
๔. มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ฐานระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการส่งต่อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๖** : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **ตัวชี้วัดที่ ๖๗** : ระดับความสำเร็จการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster : SCC) **ตัวชี้วัดที่ ๖๗.๑** ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐาน การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ **ตัวชี้วัดที่ ๖๗.๒** ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเครือข่ายทุติยภูมิ (Secondary care cluster : SCC)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง จัดทำแผนยกระดับการจัดบริการเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดบริการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย ๓. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน (FAST TRACK) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิและเพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ AMBULANCE OPERATION CENTER (AOC) ๔. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษา ในระดับตติยภูมิ ๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๖. วิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รพ.ทุกแห่ง จัดระบบการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ภายใต้ข้อตกลงการจัดบริการเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ๒. รพ.ทุกแห่งจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast track ผู้ป่วยฉุกเฉิน (Fast Track) ที่ได้รับบริการรักษาตามเกณฑ์มาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ข้อตกลงของเครือข่ายบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ และเพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ และจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพ และทีมส่งต่อผู้ป่วย ๔. ปรับระบบการจัดบริการตามแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษา ในระดับตติยภูมิ ๕. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention and Pre-hospital) ๑.๑ Fast track Alert และ Pre-hospital care (EMS) ๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง ๒. ระบบการส่งต่อ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน Fast Track ๔. ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีภาวะฉุกเฉินในกลุ่มโรค Fast track

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๘ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๘
ตัวชี้วัดที่ ๖๙ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage) ≥ ร้อยละ ๙๐ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค ๑๔๓ ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดจังหวัด :

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 : ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๒. คำนิยาม

๒.๑ Success rate หมายถึง อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๒.๑.๑ ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๒.๑.๒ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๒.๑.๓ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบ กำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผล การตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อน สิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

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 วิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

๒.๑.๖ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มี

ผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมี ลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๒.๑.๗ กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) หมายถึง อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใหม่และ กลับเป็นซ้ำ

๑. ผู้ป่วยใหม่ ได้แก่ ๑.๑ วัณโรคปอด ผลตรวจพบเชื้อ ๑.๒ วัณโรคปอด ผลตรวจ ไม่พบเชื้อหรือไม่มีผล ๑.๓ วัณโรคนอกปอดผลตรวจพบเชื้อ หรือไม่มีผล

๒. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ๒.๑ วัณโรคปอด ผลตรวจพบเชื้อ ๒.๒ วัณโรคปอด ผลตรวจไม่พบเชื้อหรือไม่มีผล ๒.๓ วัณโรคนอกปอดผล ตรวจพบเชื้อ หรือไม่มีผล โดยดึงข้อมูล เข้าระบบ tbcmthailand.net ไปที่รายงาน Data center ไปที่ข้อที่ ๖ หรือ เข้าระบบรายงานแบบฟอร์มTB ๐๘ รายงานจำนวนผลการรักษาผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ และ นอกปอด (TB ๐๘ All forms) ขึ้นทะเบียนช่วง ๑๒-๑๕ เดือนที่ผ่านมา เลือกผลการรักษา เสียชีวิต

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 และมีโรคร่วมเบาหวาน และมีต่ำระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ≥ ๑๔๐ และหรือ HbA๑ C≥๗

๒.๔.๕ ประชากรข้ามชาติ (Migrant) หมายถึง ประชากรข้ามชาติที่อาศรัย ในราชอาณาจักรไทยในพื้นที่อำเภอนั้น

๒.๔.๖ ผู้ต้องขัง (Prisoner) หมายถึง ผู้ต้องกัก/ผู้ต้องขัง ในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของเขตรับผิดชอบอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

๒.๔.๗ พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีโรคร่วม ที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอใน ปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมาจากการทบทวน Dead case Conference หรือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอง (Case Walk In)

๒.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๒. คำนิยาม :

คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ที่มีผลการประเมินมาตรฐานตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (จากมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ๒๐ ตัวชี้วัด)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๓.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๕	๘๘	๘๘
๓.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	ร้อยละ	๘	๕	๕
๓.๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๗๕	๘๕	๙๐
๓.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษา วัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	คะแนน	๙๐	๙๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์ :

๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๘

๒. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕

๓. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕

๔. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มที่ต้องเอ็กซ์เรย์ทรวงอก

๕. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูล : โปรแกรม NTIP: tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

๖.๑ เกณฑ์การประเมินผล (Quick win)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและ ความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายช่องว่างและปัญหาอุปสรรค	Monitoring : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน	Monitoring : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน	**Evaluation :** ๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ ร้อยละ ๘๘
๒. Planning : จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และพัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามผลการรักษา ๓. ทุกอำเภอส่งเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาวัณโรคโดยการ เอกซเรย์ทรวงอก และมีแผนในการดำเนินการ **มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต** ๔. เร่งรัดตรวจคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มประชากรหลักและผู้มีอาการสงสัยวัณโรค ด้วยการเอ็กซเรย์ปอดและวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Molecular test) พร้อมขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ๕. เข้มงวดดูแลกลุ่มเสี่ยงในระยะเข้มข้น เช่น สูงอายุ โรคร่วม ขาดสารอาหาร โดยการเยี่ยมบ้าน รับไว้เป็นผู้ป่วยในสนับสนุน	Monitoring : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน **ตัวชี้วัดระดับประเทศ** ๑. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ ๒. อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ๐ ๓. ร้อยละ ๕๐ ทุกอำเภอ เอกซเรย์ทรวงอก ในกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดรายใหม่ ๔. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วยกลุ่มสีแดง ได้รับ	Monitoring : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน **ตัวชี้วัดระดับประเทศ** ๑. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ ๒.อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ๐ ๓. ร้อยละ ๘๐ ทุกอำเภอ เอกซเรย์ทรวงอก ในกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการค้นหา	Evaluation : ๒. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ **ตัวชี้วัดระดับจังหวัด** ๓. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ ๙๐ ๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
อาหารเสริม ๖. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโรคร่วม สูงอายุ โดยเฉพาะระยะเข้มข้น **มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา** ๗. ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษาดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT)	การดูแล case management team กำกับติดตามการรักษาดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) **Monitoring** : อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐	วัณโรคปอดรายใหม่ ๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยกลุ่มสีแดงได้รับการดูแล Case management team กำกับติดตามการรักษาดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) **Monitoring** : อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐	๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน **Evaluation :** อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐
๘. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและอสม. ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ในการดูแลและติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่การช่วยเหลือทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ	**Monitoring** : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน ๑. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ ๒. อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ๐	**Monitoring** : กำกับและติดตามการดำเนินงานมาตรการตามแผนงาน ๑. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ ๒. อัตราการขาดยาและโอนออกของผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ๐	**Evaluation :** **ตัวชี้วัดระดับจังหวัด** ๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ ร้อยละ ๘๘ ๒. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ ๓. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ๙๐ % ๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหา

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
			บริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ ๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๖.๒ วิธีการประเมินผล :

๑. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประเมินจากที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (เดือนตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๕) โปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ประเมินจากที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑-๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) โปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ทุกอำเภอ เอกซเรย์ทรวงอก ในกลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินการค้นหาวัณโรคปอดรายใหม่ ประเมินจากการลงเอกซเรย์ทรวงอกในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง โปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th

๔. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ ประเมินจากโปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th

๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๖.๓ วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th

๖.๔ เครื่องมือที่ใช้ : โปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ โทร ๐๙๐-๙๖๙๒๐๑๔
อีเมล์ : saipinthong@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๘ :** โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ **ตัวชี้วัดที่ ๖๘ :** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๘ **ตัวชี้วัดที่ ๖๙** ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage) ≥ ร้อยละ ๘๕ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค **ตัวชี้วัดจังหวัด** : การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB) ๑. Success rate ≥ ๘๘ % ๒. Dead rate < ร้อยละ ๕ ๓. TB Treatment Coverage ≥ ๘๕ % ๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐ ๕. ร้อยละของการ	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u> **ยุทธศาสตร์/มาตรการสำคัญ** **มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต** **กิจกรรมหลัก** ๑. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ๒. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB ๓. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ๔. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ๕. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางด้านวัณโรค **มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา** ๑. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแลผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)/ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager) ขยายการมีส่วนร่วมของชุมชน ๒. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมน ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ ในการดูแล และติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเครือข่ายหน่วยงานภายส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม **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 ในการกำกับการขึ้นทะเบียนและติดตามการรักษาวัณโรค และกลไกของ NOC-TB ในการขับเคลื่อนการทำงาน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
ดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐	๔. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค **<u>กิจกรรมหลัก</u>** **มาตรการที่ ๑ กำหนดแนวทางการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นให้ประชาชนทุกคนตระหนักเรื่องวัณโรค** ดังนี้ ๑.๑ จัดทำประชาคมในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันวัณโรค สื่อสารลดความเสี่ยง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ๑.๒ รณรงค์วันวัณโรคโลก (Word TB Day) ในวันที่ ๒๔ เดือนมีนาคม ทุกปี **มาตรการที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค** ๒.๑ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (House Hold Contact) ในอำเภอที่ยังดำเนินการไม่ครบร้อยละ ๑๐๐ ๒.๒ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอใน ปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมาจากการทบทวน Dead case Conference หรือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอง (Case Walk In) **มาตรการที่ ๓ ลดการเสียชีวิต เป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตลดลง ๓%จากผลงานเดิมปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๓ เป้าหมายอัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ ๕** จัดทำ Protocol การดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็น ๓ กลุ่ม **กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง** ได้แก่ ๑. ผู้ป่วยวัณโรคน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ กก. ๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปีขึ้นไป ไม่มีผู้ดูแล ๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมมากกว่า ๒ โรค เช่น DM with CKD Stage ๓-๕/DM with COPD/DM with HT ฯ ๔. กลุ่มผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง ๕. กลุ่มผู้ป่วย B ๒๔ ค่า CD๔ < ๒๐๐ ต่อ เลือด ๑ ลบ.มม. ๖. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค ๗. ผู้ป่วยติดเตียงได้รับการวินิจฉัยเป็นวัณโรค ๘. Albumin < ๒.๕ gm/dL (ค่าปกติ ๓.๕–๕ gm/dL) ๙. ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาวัณโรค อยู่ในระยะ Challenge Drug TB/ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติมากกว่า ๕ เท่า

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๐. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB) ๑๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติขาดยามากกว่า ๑๔ วัน และกลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse) **กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง** ได้แก่ ๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่คนเดียวไม่มีญาติดูแล ๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปมีผู้ดูแล ๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม ๑ โรค ๔. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติ ๓-๕ เท่า **กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว** ได้แก่ ๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคประจำตัว ๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีญาติดูแล ๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่ดูแลตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรักษา **มาตรการดำเนินการลดการเสียชีวิต ในกลุ่มสีแดง** **๑. กรณี แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** ๑.๑ ตรวจรักษาตาม แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย NTP พ.ศ.๒๐๒๐ ๑.๒ มีกิจกรรม Discharge Plan หลังแพทย์ให้กลับบ้าน ๑.๓ คืนข้อมูล ให้กับ รพ.สต และจัดทำ Care Plan ในการติดตามการดูแล **๒. กรณี แพทย์ให้กลับไปรักษาต่อที่บ้าน ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** **๒.๑ กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง** ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยทุกวัน ภายใน ๗ วัน และคืนข้อมูลทางกลุ่ม Line ผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคภายใน ๒ เดือน (ระยะเข้มข้น) **หมายเหตุ :** พี่เลี้ยง (DOT) คือ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ หรือ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตรวจเยี่ยมตามมาตรฐานการดูแล กำกับการรับประทานยาวัณโรค **๒.๒ กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง** ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๗ วัน และกำกับติดตาม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยวัณโรค **ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรก คืนข้อมูลทุก ๗ วัน** เดือนที่ ๓, ๔, ๕, ๖ คืนข้อมูลทุก ๑ เดือน จนครบการรักษาคืนข้อมูลการทำ DOT ผ่านกลุ่ม Line **๒.๓ กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว** ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 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 **กิจกรรมหลัก (ต่อ)** ๔. Situation Analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาด และความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายของช่องว่างและปัญหาอุปสรรค ใน Case ขาดยา ล้มเหลวในการรักษาโอนออก เสียชีวิตระหว่างการรักษา และไม่นำมาประเมินผล ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๔ และผลการรักษาใน Cohort 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. สรุปผลการดำเนินงาน จัดทำแผนปีต่อไป
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> : กิจกรรมหลัก ๑. เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐ โดยการ CXR และลงผลในระบบ NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th ๒. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ๓. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. เพิ่มพูนศักยภาพแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยส่งแพทย์เข้าร่วมประชุม และเพิ่มประสิทธิผลในระบบการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดยConsult แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม รพ.มหาสารคาม ทางกลุ่ม 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 เข้าร่วมนำเสนอใน ปี พ.ศ.๒๕๖๕ ๙. สรุปผลการดำเนินตามมาตรการที่ได้ดำเนินการ ตามปัญหา และบริบทของพื้นที่ ๑๐. เข้าร่วมการประเมิน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค” ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง ๑๐ มาตรฐาน ๒๐ ตัวชี้วัด ๑๑. มีแผนงาน โครงการ ตอบสนอง PA TB
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> : กิจกรรมหลัก ๑. ดำเนินการประสานงานกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๖ กลุ่ม (HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM Migrant, prisoner) เพิ่มใน Elderly> ๖๕ ปี with CKD stage ๔,๕ ,Asthma, COPD และ กลุ่มผู้ป่วยดื่มสุราเรื้อรัง ให้ได้รับ การ CXR และลงผลในระบบ TBCM On Line ๒. มีระบบการส่งต่อ กรณีพบ กลุ่มเสี่ยง มีผลCXR ที่ผิดปกติ เข้าถึงกระบวนการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และกรณีได้รับการรักษามีกระบวนการ Care plan การดูแลต่อเนื่อง DOT ๓. ทำหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยง (DOT) ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR-TB จัดให้มีพี่เลี้ยง ที่เป็น อสม. อสค. ที่ผ่านการอบรม ในการดูแลการกินยาทุกวันในผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (DOT) ในระยะเข้มข้น และติดตามครบทุก ๖ เดือน และลงผลการทำ DOT ในระบบ TBCM Online ทุกวันเป็นปัจจุบัน ๔. จัดให้มีมุม DOT ใน รพ.สต. ๕. รับข้อมูลส่งต่อจาก รพ.ชุมชน รพ.จังหวัด ใน case TB ที่ต้องดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ และเฝ้าระวังดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๖. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำดูแลการกินยา/นัดหมายและส่งต่อ เมื่อประสบปัญหา ๗. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. และชุมชน โดยทำงบสนับสนุนขออุปกรณ์ เช่น Mask N๙๕ และ นวัตกรรมหม้อดิน ในการเผาขยะที่ใช้กับผู้ป่วยวัณโรค ๘. เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วม เช่น จัดอบรม อสค. อสม. โดยใช้งบประมาณ จากกงบกองทุนสุขภาพตำบล ในการค้นหา ติดตาม ดูแลให้ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทานยาให้ครบ และส่งต่อ ในรายที่สงสัย ๙. เข้าร่วมการรับประเมินมาตรฐานที่ ๔.๑ รพ.สต.ติดดาว ในองค์ความรู้การยกระดับมาตรการ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อผ่านเกณฑ์มาตรการตัวชี้วัดระดับจังหวัด ๑๐. มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ให้กับผู้นำท้องถิ่น อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการวางแผนปัญหา ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ร่วมกัน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๐ อัตราป่วย/อัตราตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ ต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕

ตัวชี้วัดที่ ๗๑ ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน

ตัวชี้วัดที่ ๗๒ ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

ตัวชี้วัดที่ ๗๓ ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

๒. คำนิยาม

๒.๑ ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หมายถึง ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้อาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น (https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php)

อัตราป่วยตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และเสียชีวิตทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) ไม่เกินร้อยละ ๑.๕๕

๒.๒ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก

๒.๓ จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป ๒๘ วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น

หมายเหตุ : จังหวัดสามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน ๒๑–๒๘ วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (House Model) ประเด็นเพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด-19

๒.๔ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยร้อยละ ๗๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๗๐. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕	ร้อยละ	๑๐๐	๐.๓๙ (เสียชีวิต ๔๕ ราย)	๐.๔๙ (เสียชีวิต ๑๔๐ ราย)
๗๑. ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-๑๙) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน	คน	๑ เหตุการณ์ (Event)	๑๒๖ เหตุการณ์ (Event)	๔๐๘ เหตุการณ์ (Event)
๗๒. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	ระดับ	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
๗๓. ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	ร้อยละ	N/A	เข็มที่ ๑ ร้อยละ ๕๒๓,๖๔๙ เข็มที่ ๒ ร้อยละ ๔๔๙,๒๔๑ เข็มที่ ๓ ร้อยละ ๓๗,๙๒๘	เข็มที่ ๑ ร้อยละ ๗๔,๒๗๙ เข็มที่ ๒ ร้อยละ ๑๐๓,๙๒๖ เข็มที่ ๓ ร้อยละ ๒๖๒,๗๔๐

ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดให้ต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕

๒. เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

๓. เพื่อให้ประชากรที่จังหวัดมหาสารคามได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) เข็มกระตุ้น ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป

Quick Win

๓ เดือน	๖ เดือน	๑๒ เดือน
๑. จังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง ๔ ประเด็น (๔ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน ๑.๑ Staff-Stuff-System & ICS พร้อม ๑.๒ จังหวัดมีและซ้อมแผน SOP และประชุม EOC รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ๑.๓ ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข และจัดประชุมวิชาการ Dead case Conference	จังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๔ ประเด็น (๔ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน และมีผลงานและกระบวนการการดำเนินงาน พร้อมคืนข้อมูลในการแก้ไขวิธีการ กระบวนการใน ในตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านหรือต่ำกว่าเป้าหมาย ๑. มีการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และ สอบสวน กรณีพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ๒. ทบทวนมาตรการการดูแลรักษา ส่งต่อ ๓. มี Real-time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ ๔. การบริหารจัดการเตียงรองรับผู้ป่วยตามประเภทสี และระดับความรุนแรง ๕. มีระบบรับคำปรึกษา ดูแลโดยทีม Case Management ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ๖. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม CPG และมีระบบรับคำปรึกษาส่งต่อ อย่างมีประสิทธิภาพ	**ตัวชี้วัดที่ ๗๐** อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕ **ตัวชี้วัดที่ ๗๑** ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน **ตัวชี้วัดที่ ๗๒** ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) **ตัวชี้วัดที่ ๗๓** ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

๕. แหล่งข้อมูล : งานระบาดวิทยา

๖. รายการข้อมูล : รายวัน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘ ๖๒๓๔ ๖๓๓๕ อีเมล์ krit.posr@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๗ :** โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ตัวชี้วัดที่ ๗๐ อัตราป่วย/อัตราตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ ต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕ **ตัวชี้วัดที่ ๗๑** ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน **ตัวชี้วัดที่ ๗๒** ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) **ตัวชี้วัดที่ ๗๓** ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จังหวัดมีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน ๒. มีการประชุม EOC ระดับจังหวัด คืนข้อมูลตามตัวชี้วัด และวิเคราะห์ชี้เป้า อำเภอที่พบ ผลงานของประชากรที่อยู่อำเภอนั้นได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ๓. มีแผนการดำเนินระดับจังหวัดให้สำเร็จ ตามเป้าหมาย **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. อำเภอมีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน ๒. มีการประชุม EOC ระดับอำเภอ คืนข้อมูลตามตัวชี้วัด และวิเคราะห์ชี้เป้า ตำบลที่พบ ผลงานของประชากรที่อยู่อำเภอนั้นได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ๓. มีแผนการระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการให้สำเร็จ ตามเป้าหมาย **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. ร่วมกับอำเภอ ดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน ๒. ดำเนินการเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ให้เป็นไปตามมาตรการ แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน และตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) โดยมีหน้าที่เฝ้าระวัง และควบคุมโรคในพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ๓. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน ปรับพฤติกรรมใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่ (New Normal) เพื่อลดโอกาสการรับและแพร่กระจายเชื้อโรค โดยมีการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ เว้นระยะห่างทางสังคมมีผลการประเมินพฤติกรรมใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๔ ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ ในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น ตามความจำเป็น รวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสมกับแต่ละบุคคล ทั้งในเรื่องโรค ขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่กำหนด โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา

จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบาย ระบบและโครงสร้าง กระบวนการ และการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยาสมเหตุผล”

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ ซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน เช่น กรรมการ พชอ./พชข. เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ/เขต โดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

การพัฒนา ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) และการพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in private sectors) รวมถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)

- RDU hospital หมายถึง การประเมินระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพท./รพช.) มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ 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 เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

- การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)

- การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active community based surveillance)

- การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community participation) ขับเคลื่อนโดยชุมชน หรือ พชอ. เป็นหลัก ผลักดันเป็นวาระสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก

- การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๔ กำหนดพื้นที่เป้าหมายดำเนินกิจกรรม

- กำหนดการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ภาพรวมทั้งอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital	RDU ขั้นที่ ๒ ๗๐% RDU ขั้นที่ ๓ ๓๕%	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด ๘๐%	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด ๘๐%
ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน (RDU community)	๕	๕	๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยบริการมีการใช้ยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง

๒. เพื่อให้ทุกอำเภอมีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชน

๓. เพื่อให้ชุมชนสามารถป้องกัน เฝ้าระวัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านยาอย่างเป็นระบบ

๔. เพื่อให้อำเภอสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและสามารถนำมาใช้ในการจัดการปัญหายาในชุมชนได้อย่างยั่งยืน เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายชุมชน ระบบรายงานเฉพาะกิจ, HDC, โปรแกรม Thai RDU

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ RDU hospital

A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU hospital ๑๐-๑๒ ตัวชี้วัด

B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด RDU : (A๑/B) x ๑๐๐ , (A๒/B) x ๑๐๐ และ (A๒/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล ๒ RDU community

ข้อ	คำอธิบาย
๑	มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance - รพ.และ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการประสานข้อมูล กำหนดประเด็นในการติดตามการประเมินผู้ป่วย การสรุปและจัดทำรายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา ที่เกิดจากปัญหาการใช้ สเตียรอยด์ไม่สมเหตุผล, ยาลดน้ำหนัก, NSAIDs, drug allergy จาก Antibiotic
๒	มีการดำเนินการ Active community based surveillance - มีกิจกรรมเชิงรุก การค้นหาปัญหาด้านยาในชุมชน สรุปรายงานปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการรายงานผลการตรวจสเตียรอยด์ปลอมปนในยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร
๓	มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community participation) - มีคำสั่ง พชอ./ประกาศนโยบาย/แผนงานโครงการ/งบประมาณเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการใช้ยาสมเหตุผล การจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ - มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรม บวร.ร. เพื่อจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์ - มีการดำเนินโครงการ โรงเรียน อย.น้อย

ข้อ	คำอธิบาย
๔	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) - มีการดำเนินงานพัฒนาร้านชำ RDU - ร้านยา คลินิก มีการจัดทำฉลาก RDU - มีการดำเนินการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล
๕	การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) - มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้และรายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (ชุมชนต้นแบบ ๑ อำเภอ ๑ ตำบล หรือภาพรวมอำเภอ) - มีการรายงานการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเข้าข่ายผิดกฎหมายหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๘** : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล **ตัวชี้วัดที่ ๗๔** : ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กำหนดรูปแบบ เป้าหมาย แผนงาน การดำเนินงานตามแนวทาง RDU hospital, RDU community ของกระทรวงสาธารณสุข ๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการค้นหาปัญหา เฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ๓. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกการจัดการตนเอง ๔. สนับสนุนสื่อ/องค์ความรู้เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ๕. กำกับ ติดตาม วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน รายงานต่อผู้เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนด ผ่านระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข และการนิเทศ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> 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 ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมพร้อมรายงานข้อมูลทันเวลา ๗. ตรวจประเมิน ติดตามการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาในร้านยา คลินิก
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประสานความร่วมมือในการสำรวจการใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่ปนเปื้อนสารสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน ๒. สนับสนุนให้มีชุดทดสอบและการตรวจสารสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๓. ประสานความร่วมมือในการกำหนดแนวทางและเฝ้าระวังการขายยาไม่เหมาะสม/ผิดกฎหมายในร้านชำ ตั้งแต่กระบวนการขออนุญาตไปจนถึงการติดตามตรวจสอบหลังอนุญาต ๔. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๕. สนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/คืนข้อมูลให้แก่ชุมชนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม ๖. ประสานความร่วมมือให้ภาค อปท. เครือข่ายภาคประชาชน มีการเฝ้าระวังและรายงานการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อ ๗. รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๕ ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
ตัวชี้วัดที่ ๗๖ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

๒. คำนิยาม

๒.๑ การจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) การดำเนินงานเพื่อให้มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (Self Assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง ๕ กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง ดังนี้

๑) กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ
๒) การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
๓) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
๔) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
๕) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

๒.๒ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ในกระแสเลือด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
โรงพยาบาลทุกแห่ง ระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท. ระดับ intermediate รพช. ระดับ basic	โรงพยาบาลทุกแห่ง ระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท. รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ basic	โรงพยาบาลทุกแห่ง ระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท. รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ intermediate	โรงพยาบาลทุกแห่ง ระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท. รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ intermediate

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๐	- รพท.มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๑ - รพช.Node มี baseline อัตราการติดเชื้อดื้อยา	- รพท.มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๑ - รพช.Node มี baseline อัตราการติดเชื้อดื้อยา	- รพท. และ รพ. Node มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง จากปีที่ผ่านมา

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด

๔.๒ เพื่อลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

๔.๓ เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล

๕. แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ทางระบบรายงานเฉพาะกิจ โปรแกรมด้านห้องปฏิบัติการ โปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล

๖. รายการข้อมูล

๑ (AMR) A : จำนวน รพ.ที่มีการจัดการ AMR ผ่านตามเกณฑ์

B : จำนวน รพ.ทั้งหมดในจังหวัด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด AMR : (A/B) x ๑๐๐

รายงานข้อมูล ๒ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

C : ผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ที่ดื้อยาในกระแสเลือด

D : ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด C/D x ๑๐๐

รายการข้อมูล ๓ ร้อยละการลดลงของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

E : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน ๒๕๖๑

F : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (F - E) x ๑๐๐/E

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๘** : โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล **ตัวชี้วัดที่ ๗๕** : ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) **ตัวชี้วัดที่ ๗๖** : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ระดับจังหวัด/ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา AMR ๒. กำหนดแผนปฏิบัติการในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด ให้มีการดำเนินงานจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ ๓. ชี้แจงแนวทาง สื่อสารข้อมูล พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อผู้ป่วยเชื้อดื้อยาภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ ๔. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานผลต่อผู้บริหารทุก ๓ เดือน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล ๑.๑ ขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ ๑.๒ กำหนดมาตรการในการบริหารจัดการการใช้ยาของโรงพยาบาล ๑.๓ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ๒. ขับเคลื่อนแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยา ๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และรายงานผลต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทุก ๖ เดือน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประสานงานเพื่อพัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน รวมถึงการติดตามผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลหลังรักษาโรคจากการติดเชื้อดื้อยา ๒. สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน ๓. ประสานความร่วมมือ และสนับสนุนให้มีระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ไม่เหมาะสม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๗ ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

๒. คำนิยาม

การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย ๔ สาขา (สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕), สาขาโรคมะเร็ง (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย C ทั้งหมด และ D๐ ทั้งหมด), สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย V๐๑-Y๙๘) และสาขาทารกแรกเกิด (ประมวลผลรหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันเทียบกับวันเกิดแฟ้ม PERSON)) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพของตนเอง (ยกเว้น ๑. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชนของแต่ละเขตสุขภาพ ๒. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา กรณี ๑) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา ๒) เพื่อการวินิจฉัย ๓) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้น ๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉิน/ไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อยละ ๑๐	ลดลงร้อยละ ๑๐	ลดลงร้อยละ ๑๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : รพ.ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

HDC กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนผู้ป่วย ๔ สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๖๕

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้ป่วย ๔ สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๖๔

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

(A-B)/A x ๑๐๐ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน)

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๓ และ ๔

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอน ๑-๓	ขั้นตอน ๑–๕	ขั้นตอน ๑–๕	ลดลงร้อยละ ๑๐

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ขั้นตอน ๑-๓	ขั้นตอน ๑–๕	ขั้นตอน ๑–๕	ลดลงร้อยละ ๑๐

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน ๑) ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ

ขั้นตอน ๒) มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา

ขั้นตอน ๓) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่/สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขตที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ

ขั้นตอน ๔) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

ขั้นตอน ๕) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ — พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ — Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

๒. นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ — นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ — E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

๓. นางกนกวรรณ เจริญศิริ — พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
มือถือ ๐๙๑-๘๖๔-๕๗๖๗

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๙ :** โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ **ตัวชี้วัดที่ ๗๗ :** ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย (Referral Audit) จังหวัดมหาสารคาม จัดประชุม ๒ เดือน/ครั้ง ๒. มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาที่ Consult ตลอด ๒๔ ชม. ๓. นำมาตรการและแนวทางการรักษา (CPG) ไปใช้เพื่อเกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ ๔. มีระบบสื่อสารและสั่งการสำหรับการเฝ้าระวังการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเร่งด่วนได้รับการดูแลโดยแพทย์ทุกราย - มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา ที่ Consult ตลอด ๒๔ ชม. ๕. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน - ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ ในการแจ้งเหตุและพัฒนาศักยภาพศูนย์สั่งการที่ อบจ. ๖. Referral Audit วิเคราะห์ GAP และนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนาต่อที่ประชุม กวป.ทุก ๓ เดือน เพื่อเป็น ข้อสั่งการในการทำงานด้านระบบส่งต่อ ในภาพรวมจังหวัด ๗. จัดประชุมวิชาการ CPG Fast Track ลงสู่ผู้ปฏิบัติ ๘. กำกับติดตาม ระบบงานส่งต่อ เชื่อมโยง ระบบ Service Plan โดยมีการแข่งขัน Service Plan Rally จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ๙.นิเทศงาน และประเมินตัวชี้วัดในหน่วยบริการ รพ.ทั่วไป และ รพช. ด้านระบบส่งต่อบุคลากร รถ เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยีการสื่อสาร ๑๐. จัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น (คน เงิน ของ) ในสถานบริการระดับ S ๑๑. โรงพยาบาลระดับ S เพิ่มศักยภาพด้านบริการ เช่น แพทย์เชี่ยวชาญ ด้านมะเร็ง และสาขาหัวใจในกุมารเวชกรรม (สาขาที่ refer out ไปส่วนกลาง) ๑๒. เสนอ กวป. เพื่อพิจารณาอนุมัติ งบพัฒนาบุคลากรและงบค่าเสื่อม เพื่อพัฒนา NODE ให้เต็มศักยภาพ ใน M๒ และ F๑ เนื่องจาก ขาดแพทย์เชี่ยวชาญใน ๕ สาขาหลักเช่น อายุรกรรม ทำให้มีการ Refer IN มาที่ รพ.แม่ข่ายปริมาณมากขึ้น ๑๓. จัดประชุมระบบส่งต่อ เชื่อมโยงกับ Service plan ในสาขาที่มีอัตราความเสี่ยงสูง เช่น STEMI Stroke HI NB Sepsis High Risk Pregnancy ๑๔. มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ Consult ตลอด ๒๔ ชม. ทั้งทาง โทรศัพท์ และ Line Application ๑๕. นิเทศงาน และ ประเมินตัวชี้วัดในหน่วยบริการ รพ.ทั่วไป และ รพช. ด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เรื่องระบบส่งต่อตามศักยภาพแต่ละระดับ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. การพัฒนาระบบบริการ รพช. แม่ข่าย (M๒) และ (F๑) เต็มศักยภาพ - พัฒนาศักยภาพ - พัฒนาความเชื่อมโยงสถานบริการระบบการส่งต่อและรับกลับอย่างเป็นขั้นตอน (network) ๒. นำมาตรการและแนวทางการรักษา (CPG) ไปใช้เพื่อเกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ ๓. ระดับ (M๒/F๑) ๑. รพ.บรบือ (M๒) ดูแล พวงบริการ รพ.นาเชือก และ รพ.กุดรัง เต็มศักยภาพในสาขา ศัลยกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ ๒. รพ.พยัคภูมิพิสัย (M๒) ดูแลพวงบริการ รพ.นาดูน และ รพ.ยางสีสุราช เต็มศักยภาพ ในสาขา ศัลยกรรม สูติกรรม ๓. รพ.โกสุมพิสัย (F๑) พัฒนาเป็นระดับ M๒ เต็มศักยภาพ (แผนปี ๒๕๖๕) ๔. รพ.วาปีปทุม (F๑) พัฒนาเป็น ระดับ M๒ เต็มศักยภาพ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. พัฒนาศักยภาพและความเชื่อมโยงสถานบริการระบบการส่งต่อและรับกลับอย่างเป็นขั้นตอน (network) ๒. นำมาตรการและแนวทางการรักษา (CPG) ไปใช้เพื่อเกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๘ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๒. คำนิยาม

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ ๒๘ วัน	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

๒. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข และ กบรส.

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน
รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) X ๑,๐๐๐
ระยะเวลาประเมินผล : รายงานผลเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com
๓. นางเพิ่มพูน ศิริกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
มือถือ ๐๙๓-๔๗๔ ๓๒๕๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๐ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด **ตัวชี้วัดที่ ๗๘ :** อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับส่งต่อจากโรงพยาบาลที่สูงกว่าเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง ๒. สามารถให้การรักษาทารกที่มี severe respiratory failure ด้วยยา และเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง เช่น severe RDS, PPHN ๓. ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นทารกแรกเกิดที่สงสัยว่ามีภาวะ Congenital heart disease/early detection ที่มี Ductus dependent และให้การรักษาด้วย PGE๑ ได้ ๔. ให้การดูแลทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต ๕. มีการเตรียมและใช้ TPN ๖. การทำหัตถการที่ซับซ้อน ๗. ให้การรักษาทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัมได้ ๘. ตรวจหาความผิดปกติในทารกกลุ่มเสี่ยง เช่น ROP, hearing screening head ultrasound ๙. สามารถให้การรักษาผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมได้ (pediatric surgery) เช่น gut obstruction, abdominal wall defect
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๕-๓๗ สัปดาห์ หรือน้ำหนักมากกว่า ๒,๐๐๐ กรัม ที่ปกติได้ ๒. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทารกที่ป่วยหนักหรือทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ < ๓๕ สัปดาห์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ๓. ให้การรักษาทารกป่วยที่ความซับซ้อนมากขึ้น เช่น การทำ partial exchange transfusion respiratory distress (oxygen therapy; box, cannula) ๔. ดูแลทารกที่ถูกส่งกลับจากโรงพยาบาลในระดับที่สูงกว่าเพื่อให้ intermediate care/chronic care เช่น weaning oxygen ในทารกที่มี chronic lung disease (CLD), feeding และ rehabilitation ในทารก asphyxia ที่มี morbidity ๕. ตรวจติดตามการเจริญเติบโต และพัฒนาการในทารกเกิดก่อนกำหนด ที่น้ำหนักแรกเกิด ≥ ๑,๕๐๐ กรัมหรือไม่มีปัญหาซับซ้อนโรงพยาบาลหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ๖. ให้การดูแลเบื้องต้นทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ (antenatal care) ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามเกณฑ์ ๒. สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) และส่งต่อได้เหมาะสม ๓. สามารถตรวจติดตามทารกแรกเกิด อายุครรภ์ครบกำหนด เมื่ออายุครบ ๗ วัน (seven day) ๔. คัดกรองความผิดปกติ ให้คำแนะนำ รวมทั้งส่งต่อได้อย่างเหมาะสม. ๕. สามารถให้การช่วยเหลือ (neonatal resuscitation) ในทารกแรกเกิดทุกรายได้อย่างเหมาะสม ๖. ตรวจประเมินและให้การดุแลทารกแรกเกิดปกติได้ ๗. ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วยสามารถคัดกรองทารกที่มีความเสี่ยงและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ๘. ให้การดูแลทารกโรคเรื้อรังได้รับการดูแลต่อที่บ้านได้ (Home care) เช่น OG feed

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ ๒๑ : โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๙ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

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) เป็นลายลักษณอักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า

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 กลุมโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-๑๐ รหัส I๖๐-I๖๙ และ (Dementia) ICD-๑๐ รหัส F๐๓

๓.๓ โรคไตในกลุมที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD ๑๐ รหัส N๑๘.๕

๓.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-๑๐ รหัส J๔๔

๓.๕ ภาวะหัวใจลมเหลว (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/หรืออาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

๕. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (๑AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๕๐)

*เมื่อดำเนินการตามข้อ ๔-๕ หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช. กำหนด

๖. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีนและร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วยเพื่อการจัดการอุปกรณ์และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

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
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสานักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน ๔๓ แฟ้ม ให้ครบถ้วน

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 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

ระยะเวลาประเมินผล : รางานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com
๓. นางปุณญณุช ธรรมวงษา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
มือถือ ๐๙๒-๕๓๙-๔๙๕๑

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๒๑** : โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน **ตัวชี้วัดที่ ๗๙ :** ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ๒. จัดให้มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง/Home health care ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) ๔. จัดระบบการรายงานข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน และสามารถเชื่อมโยงกับหน่วยบริการในพื้นที่ได้ ๕. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย ๖. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ Palliative care
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ให้ความรู้ประชาชนในการดูแลผู้ป่วย ๒. พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๐ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทับหม้อเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

การบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐-U๗๖ และ U๗๘-U๗๙ การจ่ายยาที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ การให้หัตถการ ๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘ หัตถการส่งเสริมสุขภาพ ๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙ อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z

การบริการทั้งหมด หมายถึง การวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U๗๗ หรือ U๗๗x)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	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. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗

๒. นายสุริยา ขันทชาติ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทร ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

๓. นางสาวปภาวรินท์ จินโจ แพทย์แผนไทย โทร ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๒ :** โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก **ตัวชี้วัดที่ ๘๐ :** ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด ๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๕. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ๖. สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คู่มือการดำเนินงาน ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น ๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๘. การนิเทศ ประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด ๗. การใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์เป้าหมาย ๘. การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตตามกลุ่มวัย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแผนพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) เป็นต้น ๙. การนิเทศงานในระดับพื้นที่ (CUP)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด ๗. การใช้ยาสมุนไพรตามเกณฑ์เป้าหมาย ๘. การบูรณาการงานร่วมกับงาน Primary Care/LTC เป็นต้น

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๑ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)

๒. คำนิยาม

การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพนภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องไดรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ 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 เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทไดรับ บาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโธคมาวาตา และลมอุทธังคมาวาตาพัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ไดรับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ไดแก

๑. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมนุไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การฝังเข็ม

๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่ม รายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก 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 อย่างใดอย่างหนึ่งมากอน 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
รอยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ไดรับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-	๓

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมใหประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทยแผนไทยและการแพทยทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)

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 อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ไดรับบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งไดรับการวินิจฉัยโรคหลอด เลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ ควบคู่กับ U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ และให้ หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มี รหัส 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 สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗
๒. นายสุริยา ขันทชาติ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทร ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑
๓. นางสาวปภาวรินท์ จินโจ แพทย์แผนไทย โทร ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๒ :** โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก **ตัวชี้วัดที่ ๘๑ :** รอยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด ๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ๕. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ๖. สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คู่มือการดำเนินงาน ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น ๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๘. การนิเทศ ประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด ๗. การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๘. การนิเทศงานในระดับพื้นที่ (CUP)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด ๗. การบูรณาการงานร่วมกับงานที่เกี่ยวข้อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๒ ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. คำนิยาม

๑. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการสงเสริมสุขภาพ 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 สงเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตาม องค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการ สกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไมได้หมายรวมถึง กัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทับหม้อเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทยหรือการบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
- 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. การสงเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค : U๗๗

รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๐๘๑)

๑๑๐๐ ผู้ป่วยไดรับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑๑๐๑ การบริการนวดเพื่อการสงเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑๑๐๒ ผู้ป่วยไดรับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑๑๐๒๐ การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการสงเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑๑๐๓ ผู้ป่วยไดรับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑๑๐๔ การบริการอบสมุนไพรเพื่อการสงเสริมสุขภาพที่บ้าน
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 (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๓)

๑๑๐๐ การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)

๑๑๐๑ การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัย ปัจเวช เป็นต้น

๑๑๐๒ การให้บริการสมาธิบำบัด

๑๑๐๓ การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)

๑๑๐๔ การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิฟแอสซิสต (Nerve Assist)

๑๑๐๕ การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)

๑๑๑๐ การให้บริการเกอรสันบำบัด (Gerson Therapy)

๑๑๑๑ การใหบริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพรอง แปง (Low-Caeb Diet)

๑๑๑๒ การให้บริการแมคโครไบโอติกส (Macrobiotics)

๑๑๑๓ การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น

๑๑๘๐ การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)

๑๑๘๑ การให้บริการพลังบำบัด เชน พลังกายทิพย พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น

๑๑๘๒ การให้บริการกัวซา (Guasa)

๑๑๘๓ การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)

๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือ การบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน

๑. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine) : U๗๘

๒. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine) : U๗๙

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-	๓๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิ ได้แก สถานีอนามัย (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (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 : ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิไดรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือการสั่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือการให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑l๐๐ ถึง ๑l๐๘๑) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑l๑๐๐ ถึง ๑l๑๘๓) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไมนับรวมรหัส Z
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๗๘ ถึง U๗๙ ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗

๒. นายสุริยา ขันทชาติ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทร ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

๓. นางสาวปภาวรินท์ จินโจ แพทย์แผนไทย โทร ๐๘๐-๓๐๕๘๑๖๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๒ :** โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก **ตัวชี้วัดที่ ๘๒ :** ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. กำหนดตัวชี้วัดร่วมกันพร้อมกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานและการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมคณะกรรมการในระดับจังหวัด ๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๕. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ๖. สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น คู่มือการดำเนินงาน ยาและเวชภัณฑ์ เป็นต้น ๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ๘. การนิเทศ ประเมิน ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด ๗. การบูรณาการงานแพทย์แผนไทยเข้ากับงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ๙. การนิเทศงานในระดับพื้นที่ (CUP)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด ๗. การบูรณาการงานร่วมกับงานที่เกี่ยวข้อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๒. คำนิยาม

การเขาถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผูซึ่งไดรับการวินิจฉัยวาเปนโรคซึมเศรา ไดรับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝาระวังโรคซึมเศราระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือไดรับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ผูปวยโรคซึมเศรา หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ตามเกณฑวินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทยอเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหวางประเทศขององคการอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD – ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-๑๐ หมวด F๓๒.x, F๓๓.x, F๓๔.๑, F๓๘.x และ F๓๙.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงในปีงบประมาณ ๒๕๖๖

พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
รอยละของผูปวยโรคซึมเศราเขาถึงบริการสุขภาพจิต	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๔

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใหผูปวยโรคซึมเศราไดรับการดูแลรักษา มีมาตรฐานตอเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการปวยของโรคซึมเศรา และไมกลับเปนซ้ำ

๕. แหล่งข้อมูล

สถานบริการสาธารณสุขทั้งจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการจัดเก็บขอมูล

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข

ขอมูลที่ตองการ ไดแก

๑) วันที่เขารับการบริการ
๒) คำนำหนา
๓) ชื่อ
๔) นามสกุล
๕) เพศ
๖) เลขที่บัตรประชาชน
๗) ทะเบียนบุคคล
๘) วันเดือนปเกิด
๙) อำเภอ
๑๐) จังหวัด
๑๑) รหัสโรคซึมเศรา
๑๒) คะแนน ๙Q
๑๓) คะแนน ๘Q

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนผูปวยโรคซึมเศรา (F๓๒.x, F๓๓.x, F๓๔.๑, F๓๘.x และ F๓๙.x) ทั้งรายเกาและรายใหมที่มารับบริการสะสมมาตั้งแตปงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงในปงบประมาณ ๒๕๖๖ ในหนวยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนยสุขภาพชุมชน ทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต

B = จำนวนผูปวยโรคซึมเศราที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศราภาพรวม ทั้งประเทศ ที่มีอายุ ๑๕ ปขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศรา ป ๒๕๕๑ โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุมตัวอยางของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต ๑๕ ปขึ้นไป จำนวน ๑๙,๐๐๐ ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศราภาพรวมทั้งประเทศ ๒.๗% แยกเปน Major Depressive episode ๒.๔%, Dysthymia ๐.๓%) และฐานประชากรกลางปี ๒๕๖๑ (เฉพาะผู้ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป) ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๔

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง โทร. ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงาน ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๑๗** : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช **ตัวชี้วัดที่ ๓๒** : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศราเขาถึงบริการสุขภาพจิต	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมกรรมการพัฒนาระบบงานสุขภาพจิต ๓ ครั้ง/ปี ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศรา และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัดและคืนข้อมูลให้พื้นที่ ๓. นิเทศ ติดตาม กำกับการดำเนินงานของอำเภอ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีแผนการปฏิบัติงานระดับอำเภอสนับสนุนการดำเนินงาน ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศรา และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอและคืนข้อมูลให้พื้นที่ ๓. เฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยประชาสัมพันธ์การสังเกตสัญญาณเตือนแก่ อสม. และสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง ๔. มี จนท.ผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลสารสนเทศ ระดับอำเภอ ๕. รวบรวมและรายงานผู้ป่วยโรคซึมเศรา และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพทุกรายผ่านระบบรายงานการบันทึกโดยฐานข้อมูล HDC ๖. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรณรงค์ในวันสำคัญของงานสุขภาพจิต ได้แก่ - สัปดาห์สุขภาพจิต (๑-๗ พฤศจิกายนของทุกปี) - วันความสุขสากล (๒๐ มีนาคมของทุกปี) ๗. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานในพื้นที่
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. แผนการปฏิบัติงานระดับตำบลสนับสนุนการดำเนินงาน ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคซึมเศรา และที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพคืนข้อมูลให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓. เฝ้าระวัง/ป้องกันภาวะซึมเศร้า โดยประชาสัมพันธ์การสังเกตสัญญาณเตือนแก่ อสม. และสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง ๔. รวบรวมและรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จทุกรายผ่านระบบรายงานการบันทึกโดยฐานข้อมูล HDC ๕. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรณรงค์ในวันสำคัญของงานสุขภาพจิต ได้แก่ - สัปดาห์สุขภาพจิต (๑-๗ พฤศจิกายนของทุกปี) - วันความสุขสากล (๒๐ มีนาคมของทุกปี)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๔ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัดที่ ๘๔.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

๒. คำนิยาม

การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD–๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems-๑๐) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-๑๐ หมวด F๓๒.x, F๓๓.x, F๓๔.๑, F๓๘.x และ F๓๙.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ - ๒๕๖๖

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร
ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ลดอัตราการพยาบาลฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย

๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

๓. ลดอัตราการพยาบาลฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลจาก รง.๕๐๖s

๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้แหล่งข้อมูลจาก HDC

๓. ลดอัตราการพยาบาลฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ใช้แหล่งข้อมูลจาก รง.๕๐๖s

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ลดอัตราการฆ่าตัวตาย		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๖	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐	**ระยะเวลาประเมินผล :** ไตรมาส ๔

๑. **รายการข้อมูล : เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบ ๒๕๕๒ สะสมถึงปีงบ ๒๕๖๖	
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุก (ร้อยละ ๒.๗ ของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐	**ระยะเวลาประเมินผล :** ไตรมาส ๔

๒. รายการข้อมูล : ลดอัตราการพยาบาลฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี	
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐	**ระยะเวลาประเมินผล :** ไตรมาส ๔

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง โทร. ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๓ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช **ตัวชี้วัดที่ ๘๔ :** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ **ตัวชี้วัดที่ ๘๔.๑ :** ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับชั้น บูรณาการกับระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน/ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๒. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหา โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๓. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ๔. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ฯ 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 <u>กิจกรรมด่วน</u> สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ/ครอบครัว/ชุมชน (พชอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.) สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	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 รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตตามลำดับชั้น บูรณาการกับระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน/ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๒. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหาฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๓. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ๔. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๕. พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน ๖. พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ <u>กิจกรรมด่วน</u> สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ/ครอบครัว/ชุมชน (พชอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.) สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.) ๗. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง 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) และพัฒนาระบบจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และวิกฤตภัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๙. สร้าง/ขยายชุมชนต้นแบบ (เชิงรุก) ภายใต้แนวคิด Psycho - Social Community ที่มีในพื้นที่ โดยนำมาปรับกระบวนทัศน์นำสู่การสร้างวัคซีนใจ ครอบครัว ชุมชน เพื่อใช้สำหรับดำเนินการ รพ./สสอ./รพ.สต./ชุมชนทุกแห่ง) รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และวิกฤตภัยต่าง ๆ 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.๕๐๖ s, Care Transition ฯลฯ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. วิเคราะห์สถานการณ์/ติดตาม การปฏิบัติงานตามแผนสุขภาพจิตเชิงรุกและเชิงรับ ในทุกระดับ และคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และวิกฤตภัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๒. ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิตตามลำดับชั้น โดยบูรณาการกับระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน/ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์โควิด-19 และวิกฤตภัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๓. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหาฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ๕. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง ๖. พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน ๗. พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ <u>กิจกรรมด่วน</u> สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ/ครอบครัว/ชุมชน (พชอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.) สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.) ๘. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๕ 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 hypo perfusion 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 โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

๒.๑ อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis

๒.๒ อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

๓. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity–acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

๔. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อน้าไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๔.๑ ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ 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)

๕. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช๊อค ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ ๒๔ ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วยhospital-acquired sepsis

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired	< ร้อยละ ๒๖	< ร้อยละ ๒๖	< ร้อยละ ๒๖

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD ๑๐ รหัส

R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น

รายการข้อมูล ๓ C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น

รายการข้อมูล ๔ D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A+C) / D × ๑๐๐

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-๑๐ โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ

ระยะเวลาประเมินผล รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

๑. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

๒. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

๓. มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community -acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community -acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community -acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางสาวสุคนธ์ทิพย์ ปัตติทานัง โทร. ๐๙๔-๒๘๗-๔๙๓๖

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๔ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์) **ตัวชี้วัดที่ ๘๕ :** อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการ sepsis ในโรงพยาบาล ๒. จัดตั้ง sepsis care manager ๓. ขยายการใช้ sepsis guideline ๑ hour bender ๔. พัฒนาการส่งต่อ ให้รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐาน ๕. พัฒนาการใช้ยาปฏิชีวนะให้เหมาะสมและจัดระบบการจ่ายยาที่รวดเร็ว ๖. พัฒนาระบบเครือข่ายประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ๗. กำกับการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการใช้ระบบช่องทางด่วน sepsis/septic shock ๘. จัดอบรมแพทย์และพยาบาลในการดูแล sepsis/septic shock ๙. เพิ่มการส่งบุคลากรอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต (พยาบาล) หลักสูตร ๔ เดือน ๑๐. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis/septic shock (CPG สำหรับแพทย์ และ CNPG สำหรับพยาบาล)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการ sepsis ในโรงพยาบาล ๒. จัดตั้ง sepsis care manager ๓. ขยายการใช้ sepsis guideline ๑ hour bender ๔. พัฒนาการมียาปฏิชีวนะที่เหมาะสมในโรงพยาบาล ๕. พัฒนาการส่งต่อ ให้รวดเร็วและถูกต้องตามมาตรฐาน ๖. กำกับการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการใช้ระบบช่องทางด่วน sepsis/septic shock ๗. ผลักดันให้ส่งแพทย์และพยาบาลเข้าอบรมในการดูแล sepsis/septic shock ๘. ผลักดันให้มีการส่งบุคลากรอบรมการดูแลผู้ป่วยวิกฤต(พยาบาล) หลักสูตร ๔ เดือนจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis/septic shock (CPG สำหรับแพทย์ และ CNPG สำหรับพยาบาล)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. พัฒนาเครือข่ายการดูแลคัดกรองกลุ่มอาการ sepsis/septic shock ๒. อบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้เรื่องการคัดกรองกลุ่มอาการ sepsis / septic shock ๓. จัดทำคู่มือการดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดฉบับประชาชน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ ๒๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย?ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๘๖.๑ 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 โดยนับตั้งแต่วันหลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ 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

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย ๑ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้นจัดตั้งทีม Refracture Prevention

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว ๑ ปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗
Refracture Rate	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตรากระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention

หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน

ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ

จำเป็นต้องมี **ระดับ รพศ./รพท.** - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อ หรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ระดับ รพช. - วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์

แนะนำให้มี **ระดับ รพศ./รพท.** - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ

จำเป็นต้องมี เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M๑ ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์

๒. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC ของกระทรวง

๒. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์

๓. ฐานข้อมูลในรูปแบบ Application และเก็บข้อมูลเป็น National Registry

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ **Refracture Prevention** ที่มีกระดูกหักซ้ำ

B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ **Refracture Prevention** ในระยะเวลา ๑ ปี

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานเป็นไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางรัศมี เกตุธานี โทร. ๐๘๘ ๕๗๑ ๒๕๗๘

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๔ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์) **ตัวชี้วัดที่ ๘๖ :** Refracture-Rate	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fracture around the Hip, Line : Refer MKH ortho ๓. ผู้ป่วย Capture the fracture (Re fracture prevention or Fracture around the Hip) ต้องได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ๔. ผู้ป่วย Capture the fracture (Re fracture prevention or Fracture around the Hip) ประเมินความเสี่ยง ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง PE precaution ๕. CPG/CNPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๖. การคัดกรอง และการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง Re fracture Prevention - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) - ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise program) - ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education program) และเชื่อมต่อกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ๗. Primary prevention คู่มือประชาชน ๘. Secondary prevention ๙. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ให้สมบูรณ์และเชื่อมโยงสู่ชุมชน ๑๐. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ๑๑. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๓ ครั้ง/ปี ตามZone ๑๒. วางแผนจัดอุปกรณ์ traction ๑๓. มีการกระจายยา Prophylaxis Anti-Osteoporosis drugs ลงสู่โรงพยาบาลระดับ M๒ –P อย่างทั่วถึง ๑๔. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการ Fracture around the Hip กับโรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย ๑๕. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ๓. ส่วนของแพทย์และnurse case manager Fracture around the Hip, Line : Refer MSKH Ortho) เพื่อการส่งต่อรักษาได้เร็ว ๔. การคัดกรอง และการประเมินความเสี่ยง การเฝ้าระวัง Re fracture Prevention/เฝ้าระวัง PE precaution ๕. CPG /CNPGการดูแลผู้ป่วย /คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๖. Primary prevention คู่มือประชาชน /Fracture around the Hip รณรงค์ให้ ประชาชนมีความรู้เรื่องป้องกันกระดูกหักซ้ำ/ การออกกำลังกายที่เหมาะสม ๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ ๘. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๙. วางแผนจัดซื้ออุปกรณ์ traction ๑๐. มีการกระจายยา Prophylaxis Anti-Osteoporosis drugs ลงสู่โรงพยาบาลระดับ M๒–P อย่างทั่วถึง ๑๑. มีคณะกรรมการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. การคัดกรอง และการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment การเฝ้าระวัง Re fracture Prevention โดยให้ประชาชน มีความรู้เรื่องป้องกันกระดูกหักซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ) ๓. Primary prevention คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันกระดูกสะโพกหัก รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องการป้องกัน/การออกกำลังกายที่เหมาะสม ๔. CPG/CNPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต ตำบล หมู่บ้าน การคัดกรองและการประเมินความเสี่ยง ๖. พัฒนาระบบ consult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จาก รพ.สต. ถึง รพช. ๗. มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๘. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ ๒๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๗. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๓ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registryหรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑

A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO - I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

รายการข้อมูล ๒

B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD10 -WHO - I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A /B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

๓.๗ วิธีการประเมินผล

รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

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 ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐
Primary PCI	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียนจากทุกเขตบริการ

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

รายการข้อมูล ๓ C = จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

รายการข้อมูล ๔ D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (A/B) x ๑๐๐
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = (C/D) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานผลเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐
Primary PCI	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๗ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐
Primary PCI	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๘ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐
Primary PCI	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com
นางพุทธกัญญา นารถศิลป์ โทร. ๐๘๙๗๑๒๐๒๘๐

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๒๕ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ **ตัวชี้วัดที่ ๘๗ :** อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๑** : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI **ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๒** : ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๘๗.๓** : ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. พัฒนาระบบ consult 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 เภสัช ๙. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๕ ครั้ง/ปี ตาม Zone ๑๐. วางแผนจัดซื้อยาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา ๑๑. มีการกระจายยา Dual Anti-platelet, Beta block ลงสู่โรงพยาบาลระดับ F อย่างทั่วถึง ๑๒. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการ Fast track STEMI กับโรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย ๑๓. มีคณะกรรมการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. พัฒนาระบบ consult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI (ในส่วน รพช. Line Consult เฉพาะอำเภอ) ๔. CPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	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 อย่างทั่วถึง เพื่อรองรับการRefer back ๑๑. มีคณะกรรมการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ รณรงค์ป้องกันโรค NCD/เฝ้าระวัง โดยใช้ Resourceจากท้องถิ่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน รณรงค์ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคป้องกันสาเหตุและปัจจัยเกิดโรคกับครอบครัว ๔. CPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ๕. จัดให้มียา ASA ๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต ตำบล หมู่บ้าน การคัดกรองอาการโรคหัวใจเบื้องต้น ๗. พัฒนาระบบ consult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line Consult จาก รพ.สต. ถึง รพช. ๘. มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๙. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ ๒๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๘ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
ตัวชี้วัดที่ ๘๘.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์
ตัวชี้วัดที่ ๘๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์
ตัวชี้วัดที่ ๘๘.๓ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์

๒. คำนิยาม

๑) มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓-C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)

๒) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น
- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๓) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับ จาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๔) 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)

- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๒.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

* หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรคไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๐
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๕
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด

๒. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด

๓. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตาม ประเภทการรักษา

๒. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละ การรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข่องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่

๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้น ๆ

๓.๒ วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา

๓.๓ วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย

๓.๔ วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ

๓.๕ วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง

๕. แหล่งข้อมูล

๑. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics) ของโรงพยาบาล

๒. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูล ส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑

$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤๔ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ ๖ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ ๖ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๒

$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

$B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

$B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

๑. (A(s)/ B(s)) x ๑๐๐

๒. (A(c)/ B(c)) x ๑๐๐

๓. (A(R)/ B(R)) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

ปี ๒๕๖๕	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๖ :

ปี ๒๕๖๖	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕

ปี ๒๕๖๗ :

ปี ๒๕๖๗	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร โทร. ๐๘๘-๕๖๒๙๑๔๑

นางเสาวนีย์ บุญเสริม โทร. ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙
E-mail : tookygutta@outlook.co.th

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๒๖ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง **ตัวชี้วัดที่ ๘๘ :** ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๙๔.๑** : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ **ตัวชี้วัดที่ ๙๔.๒** : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ **ตัวชี้วัดที่ ๙๔.๓** : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด ๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต. ๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ มะเร็งปอด 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 เภสัช นักกายภาพบำบัด ๑๐.จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน ๑๑. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๑๒. จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัดอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๓. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๑๔. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็งอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต. ๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ มะเร็งปอด 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. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน ๑๐. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๑๑. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๑๒. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล ๒. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ มะเร็งปอด และ/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. จัดประชุมคณะกรรมการระดับตำบลอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๘. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๙ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง (๑. มะเร็งปากมดลูก ๒.มะเร็งลำไส้และไส้ตรง) ได้รับการตรวจคัดกรอง (≥ร้อยละ ๘๐)

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 แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๖๐ (สะสม ๒๕๖๓-๒๕๖๕)	๘๐ (สะสม ๒๕๖๓-๒๕๖๖)

๔. วัตถุประสงค์

มะเร็งปากมดลูก

เพื่อวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อปี) ปีงบ ๒๕๖๖ ครอบคุลมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๕. แหล่งข้อมูล

- ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
- โปรแกรม HPV screening (HPVcxs๒๐๒๐) ของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๔๕.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๓
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร เบอร์ติดต่อ ๐๘๑ ๙๗๔๕๓๐๐

นางสาววิไลวรรณ สุทธิ เบอร์ติดต่อ ๐๘๖ ๒๓๖๙๗๙๔

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงาน โรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๒๖** : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง **ตัวชี้วัดที่ ๘๙ :** ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๑. มะเร็งปากมดลูก ๒. มะเร็งลำไส้และไส้ตรง ได้รับการตรวจคัดกรอง (≥ ร้อยละ ๘๐)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สนับสนุนพัฒนากลไกการดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๔. จัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ๓. ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งได้ตามมาตรฐาน ๔. ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ๓. รณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๔. ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๐ โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งโดยแพทย์ผู้รักษาโดยอาศัยผลตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathology) หรือผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Imaging diagnosis)

โปรแกรม TCB Plus หมายถึง โปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อใช้ในการทำทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โดยให้ข้อมูลโรคมะเร็งทั้งประเทศ เชื่อมต่อเป็นฐานข้อมูลเดียวกันโดยการคีย์ข้อมูลครั้งเดียวได้ทั้งทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล 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	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ร้อยละของโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยมะเร็ง

๔.๒ เพื่อยกระดับบริการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน

๔.๓ เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ให้สะดวก รวดเร็ว และมีความต่อเนื่อง โดยไม่ต้องใช้ใบส่งตัวในการเข้ารับบริการระหว่างหน่วยบริการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษาโรคมะเร็ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล

๑. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด (รหัส ICD-๑๐ : ประมวลผลรหัสวินิจฉัย รหัส C ทั้งหมด

๒. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)

๓. จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim

การบันทึกข้อมูล

๑. ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ TCB Plus

๒. ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) รหัส ICD-๑๐ : ประมวลผลรหัสวินิจฉัย รหัส C ทั้งหมด

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) รหัส ICD-๑๐ : ประมวลผลรหัสวินิจฉัย รหัส C ทั้งหมด

๕.๒ ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)

๕.๓ ข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim

๕.๔ website ในโครงการ Cancer Anywhere (http://canceranywhere.com/nhso)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑

$A_{(๑)}$ = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการบันทึกข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ผ่านช่องทาง Application Cancer Anywhere

$A_{(๒)}$ = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ TCB Plus ได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาที่ไม่ได้เข้าระบบการเบิกจ่ายผ่านโปรแกรม E-claim

รายการข้อมูล ๒

$B_{(๑)}$ = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim.ในช่วงเวลาเดียวกัน

$B_{(๒)}$ = จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) รหัส ICD-๑๐ : ประมวลผลรหัสวินิจฉัย : รหัส C ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim

$= (A_{(๑)} / B_{(๑)}) \times ๑๐๐$

(หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ ใช้สำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๖

ปี ๒๕๖๖	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)	-	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
		๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)	ร้อยละ	๗๔.๙๑	๖๐.๐๐

หมายเหตุ : ข้อมูลจาก ผลการประเมิน KPI ปี ๒๕๖๕

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
E-mail : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร โทร. ๐๘๘-๕๖๒-๙๑๔๑
นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว โทร. ๐๘๑-๒๖๒-๖๔๘๕
นางเสาวนีย์ บุญเสริม โทร. ๐๙๓-๓๒๐-๓๐๑๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๑๐ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง **ตัวชี้วัดที่ ๙๐ :** โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด ๒. จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพทีม Nurse Coordinator ๓. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ๔. จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ๕. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย) ๖. จัดทำแนวปฏิบัติและคู่มือในการส่งต่อ และส่งกลับของสถานพยาบาล ๗. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ๘. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง ๙. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๑๐. จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัดอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๑๑. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๑๒. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็งอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๑๓. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ เพื่อสรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำข้อเสนอเพื่อการพัฒนาระบบ **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. พัฒนาศักยภาพทีม Nurse Coordinator ๓. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ๔. พัฒนารูปแบบการจัดบริการตามแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ๖. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน ๗. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๘. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๙. ส่งผลงานวิชาการและผลงาน Best Practice ในเวทีประชุมวิชาการโรคมะเร็งอย่างน้อย ๑ เรื่อง **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ๒. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารมะเร็งตับ มะเร็งปอด และ/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 ๖. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๗. จัดประชุมคณะกรรมการระดับตำบลอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๘. ค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test หากผลการตรวจคัดกรองผิดปกติต้องส่งผลการคัดกรองและประสานงานให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้องที่โรงพยาบาลแม่ข่าย ๙. สรุปผลงานร่วมกับผู้ประสานงานมะเร็งระดับอำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ ๒๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๑ ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช. มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ ๑๐๐

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช. หมายถึง โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีระบบการดูแลรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

ผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) คือ ผู้ทำหน้าที่ประสานงาน ช่วยเหลือแนะนำในการให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ในหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษา โรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ครอบคลุมทุกหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๒. Cancer Coordinator มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งและการประสานงาน รับ-ส่งต่อผู้ป่วยสามารถให้คำแนะนำที่ถูกต้อง และช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการ รักษาโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มีระบบการดูแลรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

สำรวจจำนวนผู้ประสานงานโรคมะเร็งในแต่ละหน่วยบริการ

๕. แหล่งข้อมูล

Website ในโครงการ Cancer Anywhere (https://canceranywhere.com/nhso)
ข้อมูลทำเนียบผู้ประสานงานมะเร็ง Cancer Coordinator ในหน่วยบริการ

๖. รายงานข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ ที่มีCancer Coordinator
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส
วิธีการประเมินผล รายงานข้อมูลโครงการ Cancer Anywhere ที่เผยแพร่บน website
เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช. มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖๓๐๘๘
Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร โทร. ๐๘๘-๕๖๒๙๑๔๑
นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว โทร. ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕
E-mail : Tipa_mung๐๐๑@hotmail.com

นางเสาวนีย์ บุญเสริม โทร. ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๒๖ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคมะเร็ง **ตัวชี้วัดที่ ๙๑ :** ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช. มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย ร้อยละ ๑๐๐	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด ๒. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และจัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมผู้ประสานงานมะเร็งCancer Coordinatorในหน่วยบริการ ๓. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน ๔. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๕. จัดประชุมคณะกรรมการจังหวัดอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๖. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่ายอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๗. จัดประชุมวิชาการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ ๒. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และพัฒนาศักยภาพทีมผู้ประสานงานมะเร็ง Cancer Coordinator ในหน่วยบริการ ๓. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน ๔. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี ๕. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๖. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่ายอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ๗. นำเสนอผลงานวิชาการในเวทีการประชุมวิชาการโรคมะเร็งอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. มอบหมายผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง ๒. พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน ๓. ร่วมกับผู้ประสานงานมะเร็งระดับอำเภอในการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มเป้าหมาย ๔. ค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ๕. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๒ ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m^2/yr

๒. คำนิยาม

CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-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

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

- การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๔ เดือน
- โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m^2/yr	≥ ร้อยละ ๖๖	≥ ร้อยละ ๖๖

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

๕. แหล่งข้อมูล

HDC Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐ คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องไดรับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ คา จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได เปรียบเทียบกับคา GFR ยอนหลัง ๑ ป งบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต่องหางกันไมนอยกวา ๓ เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่หางจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = คาของ eGFR ณ วันที่ตรวจ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสราญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) **โครงการที่ ๒๗ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต **ตัวชี้วัดที่ ๙๒ :** ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๒. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนการทำงานของ CKD system manager - สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพ - สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน - สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มองค์ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้าน - พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตามและส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ F๑ ที่มีศักยภาพ ๔. กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดให้มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยบูรณาการกับ Non-communicable diseases (NCD) อื่น ๆ และเชื่อมโยงกับ Primary Care Cluster และ District Health System (DHS) ๒. กำกับติดตามการทำงานให้เป็นไปตามมาตรฐานโดยใช้มาตรฐาน CKD clinic คุณภาพ ๓. เพิ่มความครอบคลุมในการตรวจ eGFR (Stage ๓-๔) ให้ได้ตามเป้าหมาย ๔. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่าน พชอ./พชต. และตำบลจัดการสุขภาพ ๕. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย ๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๗. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model) ๘. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต/ทีมรักษ์ไต/ชุมชนป้องกันไต ๙. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ ๑๐. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี ๑๑. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน ๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๓. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้านการป้องกันและชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง ๔. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชน ภาคีเครือข่าย ในการดูแลตนเองและการชะลอไตเสื่อมในชุมชน ๕. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงในชุมชน (ชุมชนรักษ์ไต/ชุมชนป้องกันไต) ๖. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ทักษะในการจัดการตนเอง) ๗. การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับต่าง ๆ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๓ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐วัน

๒. คำนิยาม

ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๔๐๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision๒๐๒๐ Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด

๒. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอด จากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรม Vision๒๐๒๐ thailand

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน

B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางอัญชลี โทร. ๐๘๕-๖๘๔-๑๐๙๖

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๒๘ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา **ตัวชี้วัดที่ ๙๓ :** ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ตรวจยืนยันและวินิจฉัยต้อกระจก ลงทะเบียนและออกวีซ่าผ่าตัด/จัดระบบคิวผ่าตัดให้ทันเวลา/ผ่าตัดนอกเวลา/รณรงค์ผ่าตัดในวันสำคัญ/บันทึก Vision๒๐๒๐ ๒. มีจักษุแพทย์เพียงพอ/เพิ่มจักษุแพทย์ ๒๕๖๓-๒๕๖๔/เพิ่มห้องผ่าตัดเป็น ๒ ห้อง/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ร้อยละ ๑๐๐ ๓. บันทึกการตรวจยืนยันวินิจฉัย/ลงทะเบียนผ่าตัด/ออกวีซ่าผ่าตัดตลอดจนผลการรักษาผ่าตัดในโปรแกรม Vision๒๐๒๐ ๔. เพิ่มอุปกรณ์ กล้องจุลทรรศน์ตรวจตา/เครื่องมือสลายต้อกระจก กล้องผ่าตัด/ชุดเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกทั้งแผลเล็ก แผลใหญ่/ขยายห้องตรวจผู้ป่วยนอก/หอผู้ป่วย/เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ๕. ระบบการเบิกจ่ายค่าผ่าตัดรายหัวที่เป็นธรรม สปสช./ปกส./กรมบัญชีกลาง/อปท. ๖. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ/ผ่าตัดต้อกระจกมาต้องมีใบส่งตัวในสิทธิ์บัตรทอง/ประสานองค์กรท้องถิ่น/คณะอนุกรรมการจักษุระดับจังหวัดการประชุมติดตาม ๗. อปท./องค์กรเอกชน เช่น สโมสรไลออนส์/มูลนิธิต่าง ๆ เช่น พอ.สว./แก้วตาดวงใจ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุในพื้นที่ ออกวีซาสายตาเพื่อรอการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยทีมจักษุ/บันทึกVision ๒๐๒๐/Node ผ่าตัดต้อกระจก ๒. มีจักษุแพทย์ ๑ คนในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (M๒)/มีพยาบาลเวชฯตาหรือพยาบาลด้านตา ๑ คนทุกโรงพยาบาล (M๒ : พยาบาลเวชฯตา ๒ คน) ๓. บันทึกการตรวจคัดกรอง/ออกวีซ่าสายตาในโปรแกรม Vision๒๐๒๐ ๔. จัดหาอุปกรณ์ผ่าตัด (Node ผ่าตัด) กล้องตรวจตา/เครื่องวัดความโค้งกระจกตา/เครื่องวัดความยาวลูกตา/เครื่องสลายต้อกระจก/ชุดเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกทั้งแผลเล็ก แผลใหญ่/เตียงผ่าตัด/ห้องผ่าตัดตา/ยาหยอดตารักษาโรคตา ๕. มีงบประมาณสนับสนุนการออกตรวจคัดกรอง สปสช./ค่าตอบแทน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๖. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ/ประสานองค์กรท้องถิ่น/กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการสร้างแรงโน้มน้าวให้เข้าสู่ระบบรักษา ๗. อปท./องค์กรเอกชน เช่น สโมสรไลออนส์/มูลนิธิต่าง ๆ เช่น พอ.สว.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้นด้วยตัว E โดย อสม.และส่งต่อผู้ที่สายตาผิดปกติตรวจวัดสายตาซ้ำด้วย Snellen shart/บันทึก Vision๒๐๒๐ ๒. อบรมหลักสูตรพยาบาลตา (Eye nurse อบรมระยะสั้น ๒ สัปดาห์) ครบทุก รพ.สต./มีผู้รับผิดชอบ (Nurse case Manager) ๓. บันทึกการตรวจคัดกรองสายตาในโปรแกรม Vision๒๐๒๐ ๔. มีอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองสายตา E game/Snellen Chart/Ocuder ๕. มีงบประมาณสนับสนุนการออกตรวจคัดกรอง สปสช./ค่าตอบแทน ๖. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ/ประสานองค์กรท้องถิ่น/กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการสร้างแรงโน้มน้าวให้เข้าสู่ระบบรักษา ๗. อปท./ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๒๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๔ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับ A,S)

๒. คำนิยาม

ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนาอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน ๑ ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี ๒๕๖๔ ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๓ เป็นตัวหาร)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับ A, S)	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๖ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๗ ของแต่ละเขตสุขภาพ

๔. วัตถุประสงค์

เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาล A, S

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานเป็นไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๕	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๕	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๕

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๖	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๖	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๖

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๗	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๗	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๗

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางวไลพร ปักเคระกา โทร. ๐๘๑-๙๖๕-๔๓๑๘

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๒๙ :** โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ **ตัวชี้วัดที่ ๙๔** : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. การพัฒนาสมรรถนะทีมงาน ในการขอบริจาคอวัยวะ ๒. การจัดระบบทีมผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาสารคาม ๓. การดูแลอวัยวะพร้อมการผ่าตัดโดยย้ายผู้บริจาคเข้าหอผู้ป่วยหนัก ๔. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ ในสถานราชการ สถานศึกษา งานกาชาด มมส ราชภัฏ วศม. เทคนิค อาชีวะ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. การสร้างเครือข่ายงานบริจาคอวัยวะสู่โรงพยาบาลชุมชนโดยการดำเนินการเชิงรุกสู่โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โรงพยาบาลบรบือ และโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ๒. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๕ ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)

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	๒๕๖๖
ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	ร้อยละ ๗๐

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานผลการบำบัดในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ๔ ครั้งเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ

B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ จากหน่วยบริการ ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment: MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอาภรณ์ ภูมี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอภิศักดิ์ ลากุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๐ :** โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด **ตัวชี้วัดที่ ๙๕ :** ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย การบำบัด ปี 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 (CBT BA/BI และ Matrix program) ๘. ถอดบทเรียนด้านบำบัดยาเสพติด ๙. พัฒนาสถานบำบัดยาเสพติดให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องทุกแห่ง ๑๐. นิเทศติดตามประเมินผล ๖ เดือน/ครั้ง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายการบำบัดรายอำเภอปี ๒๕๖๖ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบและเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบำบัดในชุมชน และสถานศึกษา มากขึ้น ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๑ ครั้ง/เดือน ๔. ให้การบำบัดตามกระบวนการและบันทึกรายงาน บสต.ใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ครบร้อยละ ๑๐๐ ๕. ส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด ๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล ๒ ครั้ง/ปี

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด ๒. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดและจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น ๓. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ยาเสพติด ติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต. ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ.

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๑ : พัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๖ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 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 หรือ อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก ๑

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 คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคม ได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

<u>หมายเหตุ</u>

๑. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา

๒. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน บาร์เทล 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 ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 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.

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด

๒. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑, M๒, F๑, F๒ และ F๓ ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย

๖. รายการข้อมูล

A = ผู้ป่วย IMC **ที่ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐**

B = จำนวนผู้ป่วย IMC **ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลาง**

หมายเหตุ คำชี้แจง

๑. การเข้ารับบริการการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการเยี่ยมบ้าน หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง

๒. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯนับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ กันยายน ๒๕๖๕ – ตุลาคม ๒๕๖๖

๓. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล

๔. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานผลเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางสุทธิรัตน์ บุษดี โทร. ๐๘๘-๕๖๔-๙๒๑๑

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SIM /กรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) **โครงการ ๓๑ :** โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) **ตัวชี้วัดที่ ๙๖ :** ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ระดับจังหวัด ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ. (F๒ขึ้นไป) 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.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> 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

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SIᵀM /กรอบ Six Building Blocks
	๔. สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยี ๔.๑ พัฒนาสื่อองค์ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล ๔.๒ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงการรักษาและการฟื้นฟู ๕. ระบบข้อมูลสารสนเทศ ๕.๑ ทบทวนการสื่อสารทาง Line /COC R ๙/Google drive ๖. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ๖.๑ มีการนิเทศติดตามการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ให้ความรู้การฟื้นฟู สมรรถภาพโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้นำชุมชน, อสม., ผสส. ในชุมชนที่รับผิดชอบ ๒. เสริมพลังให้ผู้ดูแล ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านตามนโยบายแพทย์ประจำครอบครัว ๓. จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่องโดยเชื่อมโยงกับ อบท./อบต. ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการดูแล ๕. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 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	หลอดเลือดดำของหลอดอาหารกระเพาะอาหารขอด(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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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
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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
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:** 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 ๔๙.๑๒ Anal fistulectomy
๑๘	ฝีรอบไส้ตรง ทวารหนัก (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	นิ่วในกระเพาะ ปัสสาวะ (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๕๘.๕ Release of urethral stricture
๒๔	แผลฉีกหรือแผลปริที่ขอบทวาร (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	ความผิดปกติของอัณฑะ ที่ได้รับการตัดลูกอัณฑะ (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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	การส่องกล้องโพรงมดลูก (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** D๐๗.๐ Carcinoma in situ of other and unspecified genital organs: Endometrium D๒๕.๐ Submucous leiomyoma of uterus 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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) 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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	ความผิดปกติของเต้านม ที่รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (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 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	การรักษามะเร็งเต้านมโดย การผ่าตัด (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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
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:** <u>กลุ่มที่ ๑</u> **<u>Pdx :</u>** E๑๐.๔ Insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications <u>หรือ</u> E๑๑.๔ Non-insulin-dependent diabetes mellitus with neurological complications <u>หรือ</u> E๑๒.๔ Malnutrition-related diabetes mellitus with neurological complications <u>หรือ</u> E๑๓.๔ Other specified diabetes mellitus with neurological complications หรือ E๑๔.๔ Unspecified diabetes mellitus with neurological complications <u>และ **Sdx :**</u> I๗๙.๒* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere <u>กลุ่มที่ ๒</u> **<u>Pdx :</u>** E๑๐.๕ Insulin-dependent diabetes mellitus with

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
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 (Phimosis, Paraphimosis)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** N๔๗ Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๓๘	การผ่าตัดปะแก้วหูเพื่อรักษาหูชั้นกลาง (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 **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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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	การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	**ICD-๑๐ ๒๐๑๐:** J๓๔.๓ Hypertrophy of nasal turbinates' **ICD-๙-CM ๒๐๑๐:** ๒๑.๘๗ Other rhinoplasty
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 ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	≥ ร้อยละ ๓๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	≥ ร้อยละ ๔๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	≥ ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS

๔. วัตถุประสงค์

๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

๒. ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดสั้นลง

๓. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มาตรฐาน สะดวก ปลอดภัย

๔. ลดค่าใช้จ่ายบริการการรักษา และการใช้จ่ายของผู้ป่วยในการมารับบริการ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (ODS) ผ่านระบบ One Day Surgery Registry

๕. แหล่งข้อมูล ระบบ One Day Surgery Registry

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยในโรคที่ให้บริการและได้รับการผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด

B = จำนวนผู้ป่วยในโรคนั้นที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

*<u>หมายเหตุ</u> การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น *Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ*

$$\frac{\text{A = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery}}{\text{B = ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด}} \times ๑๐๐$$

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๒๕	≥ ร้อยละ ๓๐

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๓๕	≥ ร้อยละ ๔๐

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๔๕	≥ ร้อยละ ๕๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
นางณปภา จารุพรรธน์ โทร. ๐๙๑-๐๖๔-๐๔๓๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการ ๓๒ :**โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery **ตัวชี้วัดที่ ๙๗ :** ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด one day surgery	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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 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 กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๘ ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal 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	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

กรณี	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐)/ รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)	กลุ่ม DRGs version ๕
	K๘๐.๘ Other cholelithiasis K๘๑.๐ Acute cholecystitis K๘๑.๑ Chronic cholecystitis K๘๑.๘ Other cholecystitis K๘๑.๙ Cholecystitis, unspecified	cholecystectomy, w catas CC

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 ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่างๆในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery : MIS)	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

๔. วัตถุประสงค์

เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแผลเล็กที่มาตรฐาน และปลอดภัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคต่างๆในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก(Minimal Invasive Surgery :MIS) ทั้งหมด หมายเหตุ:ข้อมูลจากโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry

๕. แหล่งข้อมูล ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	**< ร้อยละ ๕**	**< ร้อยละ ๕**	**< ร้อยละ ๕**

ปี ๒๕๖๙ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘
Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑
E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com
นางณปภา จารุพรรธน์ โทร. ๐๙๑-๐๖๔-๐๔๓๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) **โครงการ ๓๒ :** โครงการพัฒนาระบบบริการone day surgery **ตัวชี้วัดที่ ๙๘ :** ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS/MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery : MIS)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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 และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง 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 กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๓ : โครงการกัญชาทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๙. ร้อยละการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางแพทย์

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๑ ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๑) จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุข

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๒ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

๑) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๔ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. มีระบบติดตามและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

๒. คำนิยาม

๑. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือแพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

๒. หน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๔. สถานพยาบาลเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยากัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๕. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๖. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

๗. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD๑๐ กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z๕๑.๕ กรณีแพทย์แผนไทย U๕๐-U๗๗ และ Z๕๑.๕)

๘. งานวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง งานวิจัยเกี่ยวกับยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม น้ำมันกัญชา ผู้ให้บริการด้วยกัญชาทางการแพทย์ และการวิจัยด้านการริหารจัดการเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการเผยแพร่หรือการนำเสนอ

ผลงานวิชาการในที่ประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์ในวารสาร โดยเป็นผลงานจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือเป็นผลงานที่หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทำร่วมกับหน่วยงานอื่น ซึ่งไม่นับสะสมในแต่ละปี

๙. การจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่มาพัฒนาให้เป็นระบบโดยกำหนดกิจกรรม อาทิเช่น การศึกษาดูงาน เวทีเสวนา การจัดอบรม หรืองานประจำสู่งานวิจัย (R๒R)

๑๐. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์ (Adverse Product Reaction) หมายถึง ปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นโดย มิได้ตั้งใจและเป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์ เกิดขึ้น เมื่อใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในขนาดปกติเพื่อการป้องกัน วินิจฉัย บำบัดรักษาโรค หรือ เปลี่ยนแปลงแก้ไขการทำงานของร่างกาย โดยไม่รวมปฏิกิริยาที่เกิดจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาเกินขนาด โดยอุบัติเหตุหรือตั้งใจ ตลอดจน การใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในทางที่ผิด อุบัติเหตุ หรือการจงใจใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา เกินขนาดและผิดวิธี

๑๑. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) หมายถึง อาการหรือผลที่เกิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกายมนุษย์โดยเกิดขึ้นระหว่างการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘	ปี ๒๕๖๙	ปี ๒๕๗๐
ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุข	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง	มีงานวิจัย หรือมีกิจกรรมจัดการความรู้อย่างน้อย ๑ เรื่อง
ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	เขตสุขภาพละ ๕ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๐ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๕ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๕ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๕ แห่ง
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๒	ร้อยละ ๑๕
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ (จากปี ๖๔)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๖๐ (จากปี ๖๔)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๐ (จากปี ๖๔)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐ (จากปี ๖๔)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๙๐ (จากปี ๖๔)
ร้อยละโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. มีระบบติดตามและรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๒. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

๓. เพื่อส่งเสริมศักยภาพการทำงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์

๔. เพื่อกำกับ ติดตาม ป้องกัน รักษา ลดความรุนแรงของอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รวบรวมจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. รวบรวมการส่งข้อมูลผ่านสถาบันกัญชาทางการแพทย์

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. สถาบันกัญชาทางการแพทย์

๓. ระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

๔. ระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์และพิษเฉียบพลันจากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา กรมการแพทย์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล	รายละเอียดตัวชี้วัด
รายการข้อมูล ๑	**ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** A๑ = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ **ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** A๒ = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ **จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** C = จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข **ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และกรมการแพทย์**

รายการข้อมูล	รายละเอียดตัวชี้วัด
	D = ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. ในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และกรมการแพทย์
รายการข้อมูล ๒	**ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์** B๑ = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ B๒ = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับกรรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๑ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ = (A๑/B๑) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ = (A๒-B๒/B๒) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข = C

ตัวชี้วัดที่ ๙๙.๔ ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และกรมการแพทย์ = D

ระยะเวลาการประเมินผล : ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๖

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	๑. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๓	๑. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๐	๑.๑ ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๕ ๑.๒ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๒. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีโครงร่างงานวิจัยหรือแผนการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ ๓. โรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ระดับ ๑ ขึ้นไป	๒. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานวิจัยหรือมีการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ ๓. โรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ระดับ ๒ ขึ้นไป	๒. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานวิจัยหรือมีการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ ๓. โรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ระดับ ๓ ขึ้นไป	๒. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีงานวิจัยหรือมีการจัดกิจกรรมการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๓. โรงพยาบาลสังกัดสป.สธ. ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จในการบันทึกข้อมูลในระบบรายงานอาการและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา ระดับ ๕ ขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :

๑. ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
๒. ข้อมูลจากสถาบันกัญชาทางการแพทย์
๓. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข
๔. ข้อมูลจากการประเมินการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖ ๒๖๔๕ ๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ เภสัชกรชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘ ๑๕๔๔ ๕๙๐๑ E-mail : ruttawadee@yahoo.com
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
นางกาญจนา แป๊ะปะภา เภสัชกรชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๙ ๕๔๑๗ ๑๕๖๕ E-mail : kanja.jamm@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๓ :** โครงการกัญชาทางการแพทย์ **ตัวชี้วัดที่ ๙๙ :** ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน กำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัด และ CPG แก่ผู้รับผิดชอบทุกระดับ - ประสานเพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์คัดกรองผู้ป่วย Palliative/ผู้ป่วยและประชาชนที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา - เชื่อมระบบรายงาน การส่งต่อข้อมูล การส่งต่อการรักษา - ให้ความรู้ บุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน อบจ./ CM/ผู้ป่วย Palliative care - นิเทศติดตาม ประเมินผล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> - สนับสนุนองค์ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน เป้าหมาย ตัวชี้วัด และ CPG แก่ผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการในสังกัดและนอกสังกัด สป.สธ. - จัดให้มีระบบรายงาน การส่งต่อข้อมูลการรักษา - กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยากัญชาและกลุ่มที่ต้องได้รับการติดตามการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน โดยทันตบุคลากร เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๙.๑. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และทำความสะอาดช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด

รายการข้อมูล : อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ในปีงบประมาณ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๙.๑. OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายเด็ก ๐-๒ ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๔ OHSP ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๔ OHSP ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๓ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายเด็ก ๐-๒ ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๕ OHSP ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก เฉพาะเขต -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control เป็นภาพรวมจังหวัด

รายการข้อมูล : อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control	
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๕ OHSP ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก เฉพาะเขต -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๔ อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายเด็ก ๓-๕ ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มเด็กอายุ ๓-๕ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๙ OHSP ร้อยละเด็ก ๓-๕ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เป็นภาพรวมจังหวัด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๙ OHSP ร้อยละเด็ก ๓-๕ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๕ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายเด็ก ๖-๑๒ ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ที่ได้รับบริการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๙.๓. OHSP ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ที่ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เป็นภาพรวมจังหวัด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๙.๓. OHSP ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๖ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๐ OHSP ร้อยละผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ที่ได้รับบริการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๐ OHSP ร้อยละผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก

๒. คำนิยาม

อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับบริการทันตกรรม เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๓ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ A -> จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมจังหวัด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมจังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๓ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมภ์ B -> จำนวนผู้สูงอายุทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบเป็น ภาพรวมจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๔ :** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐ :** อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๑** อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๒** อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๓** อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๔** อัตราเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๕** อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๖** อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. เสริมสร้างให้ทันตบุคลากรและชุมชนได้ควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของเขาเอง (build capacity) เสริมสร้างพลัง (empower) ๒. พัฒนา หรือผลักดันให้เกิดสิ่งเอื้ออำนวย เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้คนและชุมชน เช่น นโยบายสาธารณะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ข้อกำหนดในโรงเรียน นโยบายสาธารณะในชุมชน (enable) ก่อกระแส (advocate) ประสานไมตรี (mediate+) เจรจาต่อรอง (mediate-)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีทันตบุคลากรรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากแต่ละกลุ่มวัยชัดเจน ๒. กระตุ้นสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น ครูอนามัย ผู้บริหารโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงเด็ก ชมรมผู้สูงอายุ อบต. เทศบาล โดยยึดหลักการกฎบัตรกรุงเทพ <u>(BANGKOK CHARTER, ๒๐๐๕ : PIRAB)</u> ๑. Partner and build alliance : สร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร ๒. Invest : ลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน ๓. Regulate and legislate : พัฒนากระบวนการกำหนดและบริหารนโยบายสาธารณะ ข้อกำหนด การควบคุม ๔. Advocate : ชี้แนะและสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕. Build capacity : พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. <u>การแลกเปลี่ยน เรียนรู้</u> ระหว่างทันตบุคลากร ภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ๒. <u>ค้นหาบุคลต้นแบบ จัดทำสื่อ เผยแพร่สื่อ</u> เพื่อให้เกิดกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก ๓. <u>สพด./ โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ</u> สนับสนุนการกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ (เน้นสุก สะอาด)/อาหารว่างเพื่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐.๗ อัตราผู้สูงอายุ ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	สุขภาพ/กินผักผลไม้/ขนมสีเขียว (ใน ๑ วัน ไม่กินขนมเกิน ๒ ครั้ง)/ กินอาหาร ขนมแล้วแปรงฟันทันที (สพด. คือ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) ๔. เน้นการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์/ (๒ ๒ ๒) เน้นแปรงหลังอาหารเช้า-ก่อนนอน แปรงฟันอย่างน้อย ๒ นาที/หลังแปรงฟันไม่กินอะไร ๒ ชั่วโมง/ ผู้ใหญ่แปรงฟันซ้ำให้เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง ๗ ปี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๑ อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)

๒. คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มกราคม

ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้เกิดความพิการและจำกัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาทั้งปากโดยทันตบุคลากร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ได้รับบริการ

๑. ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยตนเองและ/หรือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับระบบบริการ

๒. ได้รับบริการสุขภาพช่องปากด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาตามความจำเป็น เพื่อให้คงสภาพและลดการสูญเสียฟัน ทางระบบริการ (ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) แบบครบวงจร

๕. แหล่งข้อมูล รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๖ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับ การตรวจช่องปาก -> คอลัมภ์จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง ตรวจ สุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๖ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก -> คอลัมภ์ จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง รวมเป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๔ :** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๑ :** อัตรา (ร้อยละ) ผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** - บูรณาการประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ในหลักสูตรอบรม Care Manager/Care Giver (บูรณาการร่วมกับ cluster ผู้สูงอายุ) - พัฒนา/ผลักดัน การจัดทำ oral care plan และการรายงานข้อมูลในระบบ - สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย รร.ผู้สูงอายุ มีความเข้มแข็ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีนวัตกรรม
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> - บูรณาการประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ในหลักสูตรอบรม Care Manager/Care Giver (บูรณาการร่วมกับ cluster ผู้สูงอายุ) - พัฒนา/ผลักดัน การจัดทำ oral care plan และการรายงานข้อมูล - บริการเชิงรุกที่บ้าน ร่วมกับทีมหมอครอบครัว - พัฒนารูปแบบ/ระบบ การเข้าถึง บริการส่งเสริมป้องกัน เพื่อการเก็บรักษาฟัน ได้แก่ การฝึกทักษะการ แปรงฟัน การควบคุมคราบจุลินทรีย์ ทาฟลูออไรด์วานิช กลุ่มเสี่ยงรากฟันผุ ขูดหินปูน/ขัดฟัน - สนับสนุนความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย รร.ผู้สูงอายุ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> - บูรณาการประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ในหลักสูตรอบรม Care Manager/Care Giver เน้นการดูแลสุขภาพช่องปาก การออกกำลังกล้ามเนื้อช่องปาก การนวดกระตุ้นต่อมน้ำลาย - พัฒนา/จัดทำ oral care plan และการรายงานข้อมูล - สนับสนุนความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย รร.ผู้สูงอายุ <u>ในชมรม</u> - เน้นกิจกรรม/นวัตกรรม การสื่อสาร,การดูแลตนเองโดยชมรมอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นลดการสูญเสียฟัน ลดปัจจัย/พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็ง โรคในช่องปากอื่น ๆ หรือน้ำลายแห้ง <u>นอกชมรม</u> - พัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูล ผ่านระบบออนไลน์ <u>ปชช.ทั่วไป</u> - พัฒนาระบบการประเมิน/เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเอง เพื่อประเมินความเสี่ยงและความจำเป็นในการรับบริการ (บูรณาการกับ cluster ผ่าน application สมุดผู้สูงอายุ)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒.๑ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒.๒ มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง อย่างน้อย ๑ แห่ง

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายถึง หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

มาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก หมายถึง เกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก ซึ่งมีองค์ประกอบ ๓ ด้าน คือ ด้านที่ ๑ ศักยภาพบริการสุขภาพช่องปาก ด้านที่ ๒ อัตรากำลังคน ด้านที่ ๓ ด้านโครงสร้างกายภาพ ครุภัณฑ์ และเครื่องมือ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐
๒. มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	-	อย่างน้อย ๑ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล

จากการนิเทศของแต่ละอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน PCU/NPCU ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน PCU/NPCU
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
รายการข้อมูล : มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง อย่างน้อย ๑ แห่ง	
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวน PCU/NPCU ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นสูงภายในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	C ≥ ๑
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะผู้ประเมินตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก ระดับเขต/จังหวัด เห็นชอบ ดำเนินการประเมินบริการปฐมภูมิ โดยใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
(เกณฑ์มาตรฐานกำหนดขึ้นมาใหม่ โดยอ้างอิงตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพช่องปาก
ในระบบบริการปฐมภูมิ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ เดือน มกราคม ๒๕๖๕)

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
ด้านที่ ๑ ศักยภาพบริการสุขภาพช่องปาก		
๑. บริการให้คำปรึกษาและบริการนัดหมาย (โดยอาจนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ร่วมด้วยเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ เช่น ระบบคิวออนไลน์ ระบบทันตกรรมทางไกล เป็นต้น)		
๑) ให้คำปรึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพช่องปากแก่ผู้รับบริการและครอบครัว เกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก	มีบริการ แต่จำกัดช่วงเวลาให้บริการ เช่น ให้บริการเฉพาะช่วงเช้า หรือจำกัดวันที่ให้บริการในแต่ละสัปดาห์ เช่น ให้บริการเฉพาะวันจันทร์ เป็นต้น	พร้อมให้บริการ ตลอดเวลาเปิดทำการของหน่วยบริการ
๒) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถจัดการด้านสุขภาพช่องปากตนเองและครอบครัวได้	มีบริการ แต่จำกัดช่วงเวลาให้บริการ เช่น ให้บริการเฉพาะช่วงเช้า หรือจำกัดวันที่ให้บริการในแต่ละสัปดาห์ เช่น ให้บริการเฉพาะวันจันทร์ เป็นต้น	พร้อมให้บริการ ตลอดเวลาเปิดทำการของหน่วยบริการ
๓) ให้คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ	มีบริการ แต่จำกัดช่วงเวลาให้บริการ เช่น ให้บริการเฉพาะช่วงเช้า หรือจำกัดวันที่ให้บริการในแต่ละสัปดาห์ เช่น ให้บริการเฉพาะวันจันทร์ เป็นต้น	พร้อมให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการของหน่วยบริการ
๔) ให้บริการนัดหมายเพื่อเข้ารับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของผู้รับบริการและครอบครัว	มีบริการ แต่จำกัดช่วงเวลาให้บริการ เช่น ให้บริการเฉพาะช่วงเช้า หรือจำกัดวันที่ให้บริการในแต่ละ	พร้อมให้บริการตลอดเวลาเปิดทำการของหน่วยบริการ

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
	สัปดาห์ เช่น ให้บริการเฉพาะวันจันทร์ เป็นต้น	
๒. บริการการส่งต่อและรับกลับ และการดูแลต่อเนื่อง		
๑) จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เกินขีดความสามารถ	บริการส่งต่อ แต่ยังไม่มีการติดตามผลการส่งต่อหรือการรับกลับ ยังไม่เกิดความต่อเนื่องของกระบวนการดูแล	บริการการส่งต่อและรับกลับ และการดูแลต่อเนื่อง
๒) ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในขั้นตอนการส่งต่อ ประสานและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งไปและรับกลับ	ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในขั้นตอนการส่งต่อ	ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในขั้นตอนการส่งต่อ ประสานและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งการส่งไปและรับกลับ
๓) ส่งคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากรายบุคคลให้กับผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในระดับครอบครัวและชุมชนร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ส่งคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากรายบุคคลให้กับผู้รับบริการ โดยการบอกกล่าว แต่ยังไม่มีระบบการคืนข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น สมุดสุขภาพส่วนบุคคล	ส่งคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากรายบุคคลให้กับผู้รับบริการ โดยมีระบบการคืนข้อมูลที่เป็นรูปธรรม เช่น สมุดสุขภาพส่วนบุคคล
๓. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพช่องปากของตนเอง ครอบครัว และชุมชน		
๑) ให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการและครอบครัว	ให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการและครอบครัว	ให้คำแนะนำ และคำปรึกษา ให้ความรู้และพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการและครอบครัว
๒) ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้านต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้	ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้านต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้	ฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากด้านต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
๓) ทำงานร่วมกับ อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นทีมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากและให้ความรู้ในการดูแลตนเองและครอบครัว		ทำงานร่วมกับ อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เป็นทีมสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากและให้ความรู้ในการดูแลตนเองและครอบครัว
<u>๔. การดูแลสุขภาพช่องปากแบบองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน</u>		
๑) ตรวจคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล	/	/
- ตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากรายบุคคล	/	/
- ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง	/	/
๒) บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากตามกลุ่มเป้าหมาย	/	/
๓) บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินปูน ถอนฟัน	/	/
- บริการที่สถานพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยทั่วไป	/	/
- บริการที่บ้านของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้พิการ หรือกลุ่มอื่น ๆ เช่น เด็กแรกคลอด หญิงให้นมบุตร เด็กก่อนวัยเรียน โดยเป็นหัตถการที่สามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย เช่น ทาฟลูออไรด์ อุดฟันชั่วคราว เสริมฐานฟันเทียม ซ่อมฟันเทียม	/	/

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
๔) บริการทันตกรรมเฉพาะทางที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ภายใต้ขอบเขตกิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์มาตรฐาน Service plan ที่มีทันตแพทย์และเครื่องมือพร้อม แต่ขั้นต่ำควรมีบริการดังนี้		/
- รักษาโรคเหงือก/ปริทันต์อักเสบ		/
- ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปากหรือบางส่วน		/
๕) บริการทันตกรรมในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลไม่ได้ ผู้ป่วยรังสีรักษาผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยจิตเวชและเด็กเล็กที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสเกิดโรคในช่องปาก โดยมีกิจกรรมดังนี้	/	/
- ตรวจและรักษาตามอาการสำคัญ โดยดำเนินการร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อความปลอดภัยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เช่น กรณีผู้ป่วยภาวะปากแห้งน้ำลายน้อย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการกลืน ผู้ป่วยมีปัญหาโรคทางระบบ	/	/
- วางแผนการรักษาเพื่อส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก	/	/
๖) บริการทันตกรรม กรณีมีภาวะฉุกเฉินด้านช่องปากและการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน	/	/
๕. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพที่ผนวกรวมสุขภาพช่องปากเข้าไว้ด้วยกัน รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน		
๑) ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพที่ผนวกรวมสุขภาพช่องปากเข้าไว้ด้วยกัน หรือป้องกันควบคุมโรคในชุมชน เช่น การจัดทำแผน	/	/

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
สุขภาพในชุมชน การร่วมจัดตั้งกองทุนสุขภาพชุมชน การร่วมดำเนินการศูนย์ฟื้นฟูในชุมชน การร่วมดำเนินการโรงเรียนผู้สูงอายุ การสนับสนุนชมรมเพื่อสุขภาพต่าง ๆ เป็นต้น		
๒) ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม โดยเกิดจากความต้องการของชุมชนเอง และชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ถ้าเกินขีดความสามารถของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งผ่านกลไกในระดับชุมชน เช่น เวทีประชาคม เข้าใจปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น เป็นต้น	/	/
๓) ร่วมกับคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในเครือข่าย เช่น การจัดเวทีชาวบ้าน การศึกษาดูงาน การจัดประชุม เป็นต้น		/
ด้านที่ ๒ อัตรากำลังคน		
๑. ด้านอัตรากำลัง		
๑.๑ ทันตแพทย์ที่รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิ และให้บริการ	มีทันตแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน และร่วมให้บริการ ในสัดส่วนต่อประชากรอย่างน้อย ๑ : ๑๐,๐๐๐	มีทันตแพทย์ที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างชัดเจน และร่วมให้บริการในสัดส่วนต่อประชากรอย่างน้อย ๑ : ๑๐,๐๐๐ และทันตแพทย์ผ่านการอบรมตามหลักสูตรทันตกรรมครอบครัว หรือหลักสูตรตามที่คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก เห็นชอบ

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
๑.๒ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ปฏิบัติประจำเพื่อดูแลประชากร	มีทันตาภิบาลผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ หมุนเวียนให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิ แต่มีสัดส่วนต่อประชากรน้อยกว่า ๑ : ๕,๐๐๐	มีทันตาภิบาลผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนต่อประชากรอย่างน้อย ๑ : ๕,๐๐๐
๑.๓ มีผู้ช่วยงานทันตกรรม : ทันตบุคลากรผู้ให้บริการ	๑ : ๑	๑ : ๑
ด้านที่ ๓ ด้านโครงสร้างกายภาพ ครุภัณฑ์และเครื่องมือ		
๑. โครงสร้างกายภาพ		
๑.๑ มีพื้นที่ห้องตรวจและห้องให้บริการทันตกรรมไม่น้อยกว่า ๙ ตารางเมตรต่อ ๑ ยูนิตทันตกรรม กั้นเป็นสัดส่วนและมิดชิดไม่ให้ผู้อื่นเห็นการตรวจรักษา	/	/
๑.๒ มีโต๊ะทำงานของทันตบุคลากร และเจ้าหน้าที่ของกลุ่มงาน แยกจากคลินิกบริการทันตกรรม	/	/
๑.๓ มีพื้นที่สำหรับการสาธิตและฝึกปฏิบัติแปรงฟัน	/	/
๑.๔ การสัญจรและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องกระทำได้โดยสะดวก	/	/
๑.๕ มีบริเวณสำหรับให้ผู้ป่วยและญาตินั่งรอแยกจากบริเวณที่ให้การรักษา ตั้งเก้าอี้สำหรับผู้พักคอยจำนวนเพียงพอกับการให้บริการผู้ป่วยอย่างน้อย ๕ คน ต่อ ๑ ยูนิตทันตกรรม	/	/
๑.๖ ห้องตรวจหรือห้องให้การรักษาต้องมีอ่างฟอกมือชนิดไม่ใช้มือเปิดปิดน้ำ และไม่ใช้ปะปนกับอ่างล้างเครื่องมือ	/	/

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
๑.๗ มีแสงสว่างเพียงพอสามารถมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ในห้องที่ให้บริการ ได้ชัดเจนในเวลาปฏิบัติงาน	/	/
๑.๘ มีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่นอับทึบ ให้พิจารณาจากลักษณะของห้องบริการดังนี้คือ		
- ควรมีความสูงของเพดานห้องไม่ต่ำกว่า ๒.๖๐ เมตร	/	/
- ติดตั้งเครื่องปรับอากาศ เพื่อประสิทธิภาพในการควบคุมการติดเชื้อ	/	/
- ต้องติดตั้งเครื่องระบายอากาศ มีระบบระบายอากาศ ด้วยการ Dilution ด้วยอากาศสะอาดในปริมาณขั้นต่ำ ๑๒ ACH	/	/
๑.๙ มีเครื่องหมายหรือป้ายประกาศติดเปิดเผยในที่ผู้รับบริการเห็นง่าย ให้รายละเอียดชัดเจนว่าเป็นหน่วยบริการทันตกรรม แสดงรายชื่อ รูปถ่ายผู้ให้บริการ ตำแหน่งงาน วันและเวลาประจำการ แจ้งสิทธิประโยชน์ในการใช้บริการทันตกรรมและสิทธิผู้ป่วย	/	/
๑.๑๐ มีป้ายเครื่องหมายห้ามสูบบุหรี่ติดในบริเวณที่ผู้รับบริการมองเห็นได้ชัดเจน และมีมาตรการห้ามผู้มารับบริการสูบบุหรี่ในบริเวณคลินิก	/	/
๒. ครุภัณฑ์และเครื่องมือ		
๒.๑ ยูนิตทำฟัน ต้องมีอย่างน้อย ๑ ยูนิตต่อผู้ให้บริการ ๑ คน	/	/
๒.๒ ชุดออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ต้องมีอย่างน้อย ๑ ชุด	/	/
๒.๓ มีเครื่องมือสำหรับการให้บริการที่สอดคล้อง และมีจำนวนเพียงพอต่อการให้บริการ โดยคำนึงถึงปริมาณผู้รับบริการและเวลาที่ต้องใช้ในการเตรียมเครื่องมือตามระบบควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	/	/

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน	ระดับมาตรฐาน	
	ขั้นต่ำ	ขั้นสูง
๒.๔ มีตู้เย็นสำหรับเก็บยาหรือเวชภัณฑ์อื่น โดยตู้เย็นนั้นต้องไม่มีอาหาร หรือเครื่องดื่ม ปะปน	/	/
๒.๕ มีตู้ หรือชั้นเก็บยา และเวชภัณฑ์เป็นสัดส่วน	/	/
๒.๖ มีครุภัณฑ์ทางทันตกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็น		
- ตู้เก็บวัสดุทันตกรรม อย่างน้อย ๑ ตู้ ต่อ ๑ ยูนิต ทันตกรรม	/	/
- เครื่องขูดหินปูนไฟฟ้า (Electric scaler) ๑ เครื่องต่อ ๑ ยูนิตทันตกรรม	/	/
- เครื่องฉายแสงสำหรับวัสดุอุดฟัน (Light cured unit) ๑ เครื่องต่อ ๑ ยูนิตทันตกรรม	/	/
- เครื่องปั่นผสมอมัลกัม (Amalgamator) อย่างน้อย ๑ เครื่อง	/	/
- เครื่องนึ่งฆ่าเชื้อ (autoclave) อย่างน้อย ๑ เครื่อง	/	/
- เครื่องเอ็กซเรย์ฟัน (Dental X-tay) อย่างน้อย ๑ เครื่อง		/
- ชุด Hand Instrument เพียงพอสำหรับการบริการและผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อได้ตามมาตรฐาน IC และไม่เกิดการปนเปื้อนระหว่างให้บริการ	/	/
๒.๗ มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินที่พร้อมใช้	/	/

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๔ :** การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒ :** จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก ๑๐๒.๑) มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ๑๐๒.๒) มี PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียนผ่านเกณฑ์ขั้นสูง อย่างน้อย ๑ แห่ง	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดตั้งกรรมการระดับจังหวัดเพื่อสนับสนุนให้ระดับอำเภอ+ตำบลดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิผล ๒. จัดทำแผนพัฒนาฯ ๓. นิเทศงาน/ให้คำปรึกษา/ประเมิน ๔. รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องและผู้มีอำนาจตัดสินใจ **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. ตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ ๒. สนับสนุน/พัฒนาให้ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๓. นิเทศงาน/ให้คำปรึกษา/ประเมิน ๔. รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลระดับอำเภอเสนอคณะกรรมการระดับจังหวัด ผู้เกี่ยวข้องและผู้มีอำนาจตัดสินใจ **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** ๑. ศึกษาเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ แล้วแต่ละ รพ.สต.ประเมินตนเอง ๒. จัดทำแผนพัฒนาตามส่วนขาด ๓. รวบรวม วิเคราะห์ สรุปข้อมูลเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องและผู้มีอำนาจตัดสินใจ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๓ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

๒. คำนิยาม

กลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๑๒ ปี-๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน และอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบจังหวัดมหาสารคาม

ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากที่ปกติหรือผุ และได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕

***เงื่อนไข** ควรตรวจเด็กอายุ ๑๒ ปี ได้ถึงร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์ : เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ณ วันมารับบริการอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๗ OHSP ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน) -> คอลัมภ์ A จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ เป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๗ OHSP ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (คน) -> คอลัมภ์ B จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางเพชรรัตน์ บุตะกะ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๔** : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๓** : ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. เสริมสร้างความสามารถให้ทันตบุคลากรและชุมชนได้ควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของเขาเอง (build capacity) เสริมสร้างพลัง (empower) ภาคีเครือข่าย อสม. กลุ่มเป้าหมาย ๒. พัฒนา หรือผลักดันให้เกิดสิ่งเอื้ออำนวย เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้คน และชุมชน เช่น นโยบายสาธารณะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ข้อกำหนดในโรงเรียน นโยบายสาธารณะในชุมชน (enable) ก่อกระแส (advocate) ประสานไมตรี ไกล่เกลี่ย (mediate+) ลดความขัดแย้ง เจรจาต่อรอง ไกล่เกลี่ย (mediate-)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีทันตบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัยให้ชัดเจน ๒. มีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน หรือกระตุ้นสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีบทบาทที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น ครูอนามัย ผู้บริหารโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงเด็ก ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ประกอบการ อบต. เทศบาล โดยยึดหลักการกฎบัตรกรุงเทพ <u>กลยุทธ์ ๕ ประการของกฎบัตรกรุงเทพ (BANGKOK CHARTER, ๒๐๐๕ : PIRAB)</u> ๑. Partner and build alliance : สร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร ๒. Invest : ลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน ๓. Regulate and legislate : พัฒนากระบวนการกำหนดและบริหารนโยบายสาธารณะ ข้อกำหนด การควบคุม ๔. Advocate : ชี้แนะและสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕. Build capacity : พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. <u>การแลกเปลี่ยน เรียนรู้</u> ระหว่างทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ๒. <u>ค้นหาบุคคลต้นแบบ จัดทำสื่อ เผยแพร่สื่อ</u> เพื่อให้เกิดกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๓. สพด./โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ สนับสนุนการกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ (เน้นสุก สะอาด)/อาหารว่างเพื่อสุขภาพ/กินผักผลไม้/ขนมสีเขียว (ใน ๑ วัน ไม่กินขนมเกิน ๒ ครั้ง) /กินอาหาร ขนมแล้วแปรงฟันทันที (สพด.คือ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย) ๔. เน้นการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์/ **(๒ ๒ ๒) เน้นแปรงหลังอาหารเช้า - ก่อนนอน/**แปรงฟันอย่างน้อย ๒ นาที/หลังแปรงฟันไม่กินอะไร ๒ ชั่วโมง/ ผู้ใหญ่แปรงฟันซ้ำให้เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง ๗ ปี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๓๔ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คน ต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ

๒. คำนิยาม

ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ คือ รพ.สต./ศสม. ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และบริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพและนอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ ๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรม ดังนี้

๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC)
   ๑.๑ การตรวจสุขภาพช่องปาก
   ๑.๒ บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque 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

<u>องค์ประกอบที่ ๒</u> ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากร ในพื้นที่รับผิดชอบ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ		
๑.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรมหลัก)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๑.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากร ในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์ : ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล : รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรมหลัก)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรมหลัก) เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๑๔ OHSP ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ -> คอลัมภ์ ๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรม เป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด ภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๑๔ OHSP ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ -> คอลัมภ์ จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล : ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๑๔ OHSP ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ -> คอลัมภ์ ๒๐๐ คนต่อพันประชากร เป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป.ทั้งหมด เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๑๔ OHSP ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ -> คอลัมภ์ จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) **โครงการที่ ๓๔** : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔** : ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ **๑๐๔.๑** ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย) **๑๐๔.๒** ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากร ในพื้นที่รับผิดชอบ **๑๐๔.๓** อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำกลยุทธ์และประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ๒. สนับสนุน/พัฒนาบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ๓. สนับสนุนให้ รพ. และ รพ.สต. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ๔. นิเทศงาน รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. จัดทำกลยุทธ์และประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ๒. สนับสนุน/พัฒนาบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ๓. พัฒนาคลินิกทันตกรรมใน รพ. ผ่านมาตรฐาน “dental safety goal” และให้การบริการยุค new normal ที่มุ่งความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ๔. นิเทศ/สนับสนุนให้ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ๕. สนับสนุนให้รพ.สต. มีวัสดุ+ครุภัณฑ์ทันตกรรม+ผู้ช่วย ๖. รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ ๗. สนับสนุนให้มี อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข ๘. จัดทำข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา เสนอเข้าคณะกรรมการ พชอ. **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>** <u>รพ.สต.ทั่วไป</u> ๑. การให้ความรู้ +คำแนะนำด้านสุขภาพช่องปาก +ส่งต่อ ๒. สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ๓. สนับสนุน อสม. ชมรม ชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก <u>รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาล (ประจำ+หมุนเวียน)</u> ให้บริการส่งเสริมป้องกันรักษา (ได้ตามเกณฑ์ ๑๕ กิจกรรม ใน ๗ กลุ่มอายุ) มากกว่า ๒๐๐ คนต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร สนับสนุนให้เกิดตำบลฟันดีสุขภาพดี **<u>ภารกิจ/แนวทางการดำเนินงานระดับชุมชน/อสม. (ภาคีอื่น ๆ)</u>** อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก ช่วยแนะนำ ๑. การกินอาหาร ไม่กินหวานเหนียว ไม่อมนมนอนหลับ ไม่กินจุบจิบ ไม่กินทอฟฟี่ลูกอมขนมกรุบกรอบแนะนำให้กินอาหารว่างประเภทถั่ว โปรตีน

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๒. การแปรงฟัน หลังอาหารเช้าเที่ยงเย็นหรือก่อนนอน/อย่างน้อย ๒ นาที/หลังแปรงฟันไม่กินอะไร ๒ ชั่วโมง ผู้ใหญ่แปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นจนอายุ ๗ ปี ๓. ใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์ ๔. ช่วยตรวจฟัน หรือแนะนำให้ไปพบหมอฟันทุก ๖ เดือน ๕. กระตุ้นให้ประชาชนดูแลตัวเอง และบุตรหลาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๕ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๖ 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 ห้องฉุกเฉินและได้รับ**การคัดแยกเป็น 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ตัวชี้วัดหลัก 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
ตัวชี้วัดรอง อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา ที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

๒. ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

มาตรฐาน ๔๓ แฟ้มกระทรวงสาธารณสุขและการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ระดับ A,S,M๑

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ใช้ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC)

๑.๑ ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน

๑.๒ ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION

๑.๓ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT

๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัดหลัก

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด

ตัวชี้วัดรอง

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑ ,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายในชั่วโมง

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑ ,๒ ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑< ๑๒%	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑< ๑๒%	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑< ๑๒%

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดรอง : อัตราของผู้ป่วย triage level ๑,๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐

วิธีการประเมินผล : โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่

๑.๑ จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก

๑.๒ รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๑.๓ วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๑.๔ Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ

๑.๕ วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ

๑.๖ นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๑.๗ ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **โครงการที่ ๓๕ :** โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๕** : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงแผนพัฒนาเครือข่ายแก่ รพช. และ รพ.สต. ๒. วางแผนการดำเนินงาน/ตารางการปฏิบัติงานตลอดทั้งปี ๓. จัดทำระบบฐานข้อมูลและกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ๔. จัดทำตารางนิเทศและนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยให้ รพช. ส่งข้อมูลรายงาน Service plan และตัวชี้วัดทุกเดือน ๕. ทบทวน CPG และปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานและทันสมัย ๖. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพช ,รพ.สต และ อสม.ด้านการคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย และการส่งต่อ ๗. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มี complication ๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ๒. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ๔. พัฒนาศักยภาพในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของที่เจ้าหน้าที่
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. สามารถคัดกรองประเมินวินิจฉัยเบื้องต้นได้ ๒. มีการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ๓. มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่อง หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ๔. จัดทำคู่มือประชาชน,ให้ความรู้แก่ประชาชน ๕. มีความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาล ที่สูงกว่าได้

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๗ 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 ห้องฉุกเฉินและได้รับ**การคัดแยกเป็น 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษา ที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒. ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

การประเมินมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ (ECS คุณภาพ) ทั้ง ๒ 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 Information system

องค์ประกอบที่ ๑๑ การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)

องค์ประกอบที่ ๑๒ การศึกษาและวิจัย

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

รายการข้อมูล B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๘๐	-	ร้อยละ ๘๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **โครงการที่ ๓๕** : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๗** : ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีแผนพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินครบวงจรบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ๒. ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ตามแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขเพื่อทราบถึง 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
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๘ 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๓. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน

๔. บุคลากรมีความปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบรายงาน/แบบประเมิน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ

รายการข้อมูล B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ประเมินและติดตามในไตรมาสที่ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ร้อยละ ๑๐๐

วิธีการประเมินผล : โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

๑.๑ ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ ๑ ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด

๑.๒ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ

๑.๓ นำข้อมูลจากข้อ ๑.๑-๑.๒ มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **โครงการที่ ๓๕ :** โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๘ :** ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ชี้แจงนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด ๓. มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ ๓.๑ ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ ๑ ครั้งมาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด ๓.๒ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ ๓.๓ นำข้อมูลจากข้อ ๑.๑-๑.๒ มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล ๔. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด ๕. นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> - มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ ER คุณภาพ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๙ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. คำนิยาม

ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดมหาสารคาม

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

๒. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูล โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ได้จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

๒. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ได้จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับ A, S และ M๑ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) ทั้งหมด ของโรงพยาบาลระดับ A, S และ M๑ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

รายการข้อมูล B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๒๖.๕	ร้อยละ ๒๖.๕	ร้อยละ ๒๖.๕	ร้อยละ ๒๖.๕

วิธีการประเมินผล : การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **โครงการที่ ๓๕** : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๑๐๙** : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลทุกระดับอย่าง ทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ๒. พัฒนาระบบ EMS ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทยฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.)/อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙ ๕. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระบบ EMS ในระดับตำบล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดให้มีเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในงาน ER ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ ประเด็น ๔.๒.๒ ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุง รักษา หมุนเวียน) ๒. ประสานงานกับ อปท.ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่บริการ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทยฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)/อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)/ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความสามารถในการแจ้งเหตุ ในระบบ ๑๖๖๙ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ (ตามหลักสูตร อฉช.) ๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๕. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๐ 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	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	N/A	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง เป้าหมายหลัก คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง

๕. แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล injury surveillance

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ดูจากฐานข้อมูล Health data center (HDC)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S ๐๖.๐-S ๐๖.๙) ที่มี motor score M๑-M๕ ใน GCS และเสียชีวิต

รายการข้อมูล B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S ๐๖.๐-S ๐๖.๙) ที่มี motor score M๑-M๕ ใน GCS ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

วิธีการประเมินผล : ประเมินผลจากฐานข้อมูล HDC

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสราญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการร/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **โครงการที่ ๓๕ :**โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๐ :** อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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 ประเมิน วินิจฉัย และการส่งต่อ ๗. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มี complication ๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ๒. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ๔. พัฒนาศักยภาพในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๑ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis

๒. คำนิยาม

๒.๑ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) หมายถึง การยกระดับขีดความสามารถระบบบริการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast Track และการเพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย สำหรับการรายงานผลการตรวจ ผลการวินิจฉัย และการดูแลบนรถพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย โดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC)

๒.๒ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินตามแนวทางการส่งต่อ Fast Track ประกอบด้วย ๓ สาขา สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕), และโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วย ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) สาขาอายุรกรรม หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Sepsis) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock โดยการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า (ยกเว้น ๑. สถานบริการที่มีบันทึกข้อตกลงในการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ๒. ความสมัครใจของผู้มีสิทธิในการรักษา) สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ กรณี ๑) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา ๒) เพื่อการวินิจฉัย ๓) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้น ๆ (ทั้งนี้การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อทุกสิทธิการรักษา)

๒.๓ ผู้ป่วยฉุกเฉิน

๒.๓.๑ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วย ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๒.๓.๒ 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 หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งใน ๔.๒ - ๔.๔
- ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ

maintain MAP ≥65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

- Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

๒.๓.๓ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด สาขาโรคหัวใจ (ประมวลผลรหัสวินิจฉัย I๒๐-I๒๕)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis	NA	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์ ๑. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๒. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
๓. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย
๔. มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

๕. แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางการไกล (Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(Fast Track) Stroke +STEMI+ Sepsis ที่ได้รับบริการส่งต่อภายใต้ระบบการแพทย์ทางการไกล (Telemedicine)
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วยฉุกเฉิน(Fast Track) Stroke +STEMI+ Sepsis ที่ได้รับบริการส่งต่อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สสจ.มหาสารคาม
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ **โครงการที่ ๓๕ :** โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๑ :** การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเครือข่ายบริการระดับทุติยภูมิ ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง จัดทำแผนยกระดับการจัดบริการเฉพาะด้าน ภายใต้ข้อตกลงการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินของเครือข่ายบริการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดบริการความเชี่ยวชาญ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย ๓. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการโดยใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC) ๔. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ภายใต้ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้น Stroke STEMI Sepsis ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ ๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๖. วิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รพ.ทุกแห่ง จัดระบบการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ภายใต้ข้อตกลงการจัดบริการระบบ Fast Track ๒. รพ.ทุกแห่งจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast track โดยใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายโดยใช้ระบบ Ambulance Operation Center (AOC) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพและ ทีมส่งต่อผู้ป่วย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๔. ปรับระบบการจัดบริการตามแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน Fast track โดยใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษา ในระดับตติยภูมิ ๕. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) นำไปสู่การพัฒนา
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (Prevention and Pre-hospital) ๑.๑ Fast track Alert และ Pre-hospital care (EMS) เรียก ๑๖๖๙ ๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง ๒. ระบบการส่งต่อ จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะฉุกเฉิน Fast Track ๔. ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีภาวะฉุกเฉินในกลุ่มโรค Fast track

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๒ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. คำนิยาม

การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมกันทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่และนำมาวางแผนการดำเนินโครงการ และการกำกับติดตามเพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนโครงการผ่าน “ตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยมีมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน คือ

๑. จัดระบบสุขาภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต. ที่สามารถดำเนินการได้

๒. จัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน และประชาชน

๓. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยง เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้รักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนให้มีการตรวจมูลสัตว์เลี้ยงในบ้าน สุนัข/แมว หากตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับต้องให้การรักษาโดยสัตวแพทย์ในพื้นที่

๔. คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์

๕. บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ

๖. รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทของพื้นที่

๗. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสาน ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน ๘๒ ตำบล	จำนวน ๑๑๒ ตำบล	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 ๒๑ ตำบล ๆ ละ ๑๐๐ ราย ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ อายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตร้าซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

๖.๓ สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๑๕๐ โรงเรียน

๖.๔ ประสาน อปท.ในพื้นที่เป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมและจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลง/มาตรการ หรือเอกชนจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะและสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ ในการสื่อสารสาธารณะ/การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในให้แก่ประชาชน

๖.๖ บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บิโภคและเภสัชสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเกษศิรินทร์ ไชยลาภ โทร. ๐๘๑-๙๖๔๗๘๗๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ **โครงการที่ ๓๖ :** โครงการรณรงค์การจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อรำลึกในพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช พร้อมทั้งถวายเป็นพระราชกุศลแด่สมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถพระบรมราชชนนีพันปีหลวง จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๒ :** ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่ดำเนินงานและผู้ปกระกอบการร้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านจากปลา น้ำจืดเกล็ดขาว ๓. พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ๔. จัดระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๕. ติดตาม กำกับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC ๖. จัดหา/สนับสนุนการดำเนินงาน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ ชุดคัดกรองพยาธิฯ ให้แก่พื้นที่เป้าหมาย **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามมาตรการ ๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ๓. พัฒนาทีมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม ๔. สนับสนุนการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย ๕. จัดระบบการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยด้วยการทำ CT/MRI เพื่อการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดและเสริมด้วยเคมีบำบัดที่เหมาะสม ๖. ประสาน ติดตามการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลประคับประคอง (palliative care) ทุกรายโดยการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านทีมหมอครอบครัว (Family care team)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๗. นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานให้เป็นไปตามตัวชี้วัด/การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตาม ๕ มาตรการ ๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง/ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๓. จัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ๔. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดย ๔.๑ ให้บริการตรวจอุจจาระประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับในตำบลเป้าหมาย จำนวน ๑๐๐ ราย ให้การรักษาผู้ตรวจพบพยาธิ ทุกราย ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องโดยใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม ๔.๒ ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ส่งต่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป ๔.๓ รายงานในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข/ระบบฐานข้อมูล Isan cohort**<u>/HDC</u>** ๕. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก ๖. ประสาน/สนับสนุน อปท. ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิผ่านเทศบาล/อบต. ๗. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กและเยาวชน ๘. สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิในชุมชน ๙. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

๒. คำนิยาม

ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานทูบีนัมเบอร์วัน หมายถึง การขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “วัยรุ่นและเยาวชนมีกระแสนิยม การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด ตลอดจนวัยรุ่นและเยาวชนมีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ สามารถดำรงความเข้มแข็งในการต่อต้านยาเสพติด เพื่อป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดภายใต้ ๓ ยุทธศาสตร์หลัก คือ ๑) การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ๒) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน ๓) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด” โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) มีกระบวนการที่สำคัญและผลการดำเนินงาน ดังนี้

๑. กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ ประกอบด้วย ๑.) การกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานครอบคลุม ๓ ยุทธศาสตร์หลัก และแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ๒) มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓) มีฐานข้อมูลสมาชิก/ชมรม/ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE/โครงการใครติดยายกมือขึ้น/กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมาชิกระดับอำเภอ ๔) มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับ/อำเภอ/ชุมชน/สถานศึกษา ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ (เกณฑ์ในภาคผนวก) และ ๕) มีการดำเนินงานต่อเนื่อง

๒. ผลการดำเนินงานและผลสำเร็จเป็นรูปธรรม

๒.๑ จำนวนชมรม/ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE

๑) ชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและชุมชน เทียบกับเป้าหมาย

๒) มีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา เทียบเป้าหมาย

๒.๒ จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE

๑) สัดส่วนจำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE กับกลุ่มเป้าหมาย

๒) จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดลดลง

๓) สมาชิก/แกนนำ/เครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน/ชมรม มีผลงาน/ได้รับรางวัลจากผลงาน TO BE NUMBER ONE หรือได้รับโอกาสและประโยชน์จาก การเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ได้รับการพิจารณาให้เข้าศึกษาต่อเป็นกรณีพิเศษ

๔) สามารถนำแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE ไปเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิต และแก้ไขปัญหาพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ของเยาวชนในอำเภอได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE	**๑๐๐**	**๑๐๐**
๒. ผลการดำเนินงาน		
๒.๑ สัดส่วนสมาชิก TO BE NUMBER ONE เทียบกับกลุ่มเป้าหมาย	๘๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒.๒ สัดส่วนจำนวนชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและชุมชนเทียบกับเป้าหมาย	๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๒.๓ สัดส่วนจำนวนศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ทุกประเภท เทียบกับเป้าหมาย	๓๕	ไม่น้อยยกว่าร้อยละ ๔๐
๒.๔ ร้อยละของจำนวน สมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดในอำเภอลดลงจากปีที่ผ่าน	๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

๔. วัตถุประสงค์ เป็นโครงการเกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์และตัวชี้วัดของผู้ว่าราชการจังหวัด

- เพื่อให้พื้นที่มีการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล website TO BE NUMBER ONE จังหวัดมหาสารคาม และ จากการประเมินในพื้นที่

๖. รายการข้อมูล

๑. สัดส่วนสมาชิก TO BE NUMBER ONE เทียบกับกลุ่มเป้าหมาย	
รายการข้อมูล A	จำนวนประชากรอายุ ๖ - ๒๔ ปี ที่เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE
รายการข้อมูล B	จำนวนประชากรอายุ ๖ - ๒๔ ปี ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณ	A/B X ๑๐๐
๒. สัดส่วนจำนวนชมรมฯในสถานศึกษาและชุมชนเทียบกับเป้าหมาย	
รายการข้อมูล A	จำนวนชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาและชุมชน (อย่างน้อยประเภทละ ๑ แห่ง)
รายการข้อมูล B	จำนวนสถานศึกษาและชุมชนเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A/B X ๑๐๐
๓. ร้อยละของศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา	
รายการข้อมูล A	จำนวนศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษาเป้าหมาย
รายการข้อมูล B	จำนวนสถานศึกษาเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A/B X ๑๐๐

๔. สมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติดในอำเภอลดลงจากปีที่ผ่านมา	
รายการข้อมูล A	จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติด
รายการข้อมูล B	จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหายาเสพติด
สูตรคำนวณ	A/B X ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางธัญญธร วัจนามัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร ๐๙๔-๒๕๑๒๐๕๒

๒. นางสาวณัฏฐณิชา โกมลพันธ์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร. ๐๙๗-๓๐๑๙๔๖๖

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาความโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ **โครงการที่ ๓๖ :** โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการพื้นที่เฉพาะ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓ :** ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** - ปรับปรุงพัฒนาระบบโปรแกรมTO BE NUMBER ONE จังหวัดมหาสารคาม - การรณรงค์สร้างกระแสปลุกจิตสำนึกในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและการพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE - สนับสนุนการประกวดการดำเนินงานชมรม TO BE NUMBER ONE/ TO BE NUMBER ONE IDOL และ DANCERCISE - ประสานงานการสมัครสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ประจำปี **<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** การดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE - จัดทำคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ - ขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานในระดับจังหวัด สู่ การปฏิบัติ ผ่าน พชอ. - แสดงสัญลักษณ์วัน TO BE NUMBER ONE โดยการสวมเสื้อ TO BE NUMBER ONE ทุกวันพุธ และสมัครสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ทุกปี - จัดทำ MOU การดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ - เข้าร่วมกิจกรรมการประกวดอำเภอTO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัด - สนับสนุนและเข้าร่วมกิจกรรมการประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL/Dancercise และประกวดผลการดำเนินงานชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัด - จัดกิจกรรมการรณรงค์สร้างกระแสและปลุกจิตสำนึกในการป้องกันยาเสพติด อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี - จัดกิจกรรมค่ายพัฒนาสมาชิก (camp for leader) อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี - รับสมัครสมาชิกที่มีอายุระหว่าง ๖-๒๔ ปี พร้อมบันทึกในโปรแกรมฯ - สนับสนุน การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน/สถานศึกษาและสถานประกอบการ อย่างน้อย ประเภทละ ๑ ชมรม พร้อมบันทึกในโปรแกรม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> - มีคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับตำบล - ขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานในระดับจังหวัด สู่ การปฏิบัติ ผ่าน พชต. - แสดงสัญลักษณ์วัน TO BE NUMBER ONE โดยการสวมเสื้อ TO BE NUMBER ONE ทุกวันพุธและสมัครสมาชิกนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ทุกปี - จัดกิจกรรมการรณรงค์สร้างกระแสและปลุกจิตสำนึกในการป้องกันยาเสพติด (อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี) - รับสมัครสมาชิกที่มีอายุระหว่าง ๖-๒๔ ปี พร้อมบันทึกในโปรแกรมฯ - สนับสนุนการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน และสถานศึกษา เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ตำบล ละ ๑ ชมรม พร้อมบันทึกในโปรแกรมฯ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๓๖ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๔ ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

๑. ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จาก แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรการสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บและจำเป็นต้องได้รับการรักษา

๑.๑ ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 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 กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายกเหล่ากาชาดจังหวัดเป็นรองประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นกรรมการและเลขานุการ

๓.๑ การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ของอำเภอ หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ โดยมี นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ กิ่งกาชาดอำเภอเป็นรองประธานกรรมการสาธารณสุขอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นกรรมการและเลขานุการ

๔. การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่น ๆ 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 ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระดับที่ ๕ มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัดหรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาทางสังคม

การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม หมายถึง การบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา โดยผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกำกับ ควบคุมดูแลโดยสำนักโครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ และกิจกรรมพิเศษ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ

๒. เพื่อให้อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับการพัฒนางานสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์

๒. อำเภอที่อยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑๓ อำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วยตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน ในโปรแกรมระบบติดตาม ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

๕. แหล่งข้อมูล

๑. โปรแกรมระบบติดตาม ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A =จำนวนผู้ป่วยฯที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรมระบบติดตาม ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์และผู้ด้อยโอกาสในสังคม

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ = (A/B) × ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ๑๒ เดือน

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ ๗๐

ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๙ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ ๙๐

ปี ๒๕๗๐ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	≥ ร้อยละ ๑๐๐

วิธีการประเมินผล

๑. รวบรวมและวิเคราะห์ผลจากการรายงานข้อมูลการรักษาติดตามผู้ป่วยผ่านโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม

๒. สำนักโครงการพระราชดำริฯร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย สุ่มลงตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด

๓. มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯระดับจังหวัด และระดับอำเภอ

เอกสารสนับสนุน

คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วย ในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	NA	NA	NA

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐
Email : Pkhu.omber@gmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุวิมล โทแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๘-๕๙๓-๒๘๘๐
Email : princess_soon@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ **โครงการที่ ๓๖ :** โครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๔ :** ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด เพื่ออำนวยการ การบริหารจัดการ กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติตามระเบียบการช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์พระบรมวงศานุวงศ์ ทุกพระองค์ ๒. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ ๓. บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติให้ได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับภาคีเครือข่ายเพื่อติดตาม เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ ๔. มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ เรื่องการรักษาพยาบาลและส่งต่อการดูแลให้ความช่วยเหลือจัดทำแผนบูรณาการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๕. มีการประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๖. มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๗. มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษาหรือทุก ๖ เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาทางสังคม ๘. จัดทำคู่มือแนวการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ตามแนวทางคู่มือสำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (จังหวัด/อำเภอ/ตำบล) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม คณะทำงาน ทีมสหวิชาชีพ ระดับอำเภอ ๒. จัดทำแผนบูรณาการการติดตามเยี่ยมพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ๓. มีคณะกรรมการติดตามเยี่ยม เพื่อให้การช่วยเหลือ และประเมินสภาพความต้องการของผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ๔. บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ขยายการดำเนินงานบูรณาการกับพื้นที่ เช่น รพ.สต./เทศบาล/องค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ ๕. มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๖. มีกำกับติดตามเยี่ยมและการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดตั้งคณะทำงานดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคมระดับตำบล ๒. คณะทำงานดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยฯตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ ๓. มีผู้รับผิดชอบหลักในการ ดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม มีการติดตามเยี่ยม เพื่อให้การช่วยเหลือ และประเมินสภาพความต้องการของผู้ป่วย เพื่อการดูแลต่อเนื่อง ๔. บูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วย ร่วมกับพื้นที่ เช่น เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ ๕. มีการติดตามเยี่ยมและการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๕ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร
ตัวชี้วัดที่ ๑๑๖ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด
ตัวชี้วัดที่ ๑๑๗ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๑๘ ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น

๒. คำนิยาม

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพร ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal city) โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร

มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด

มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

ฐานข้อมูลสมุนไพร หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการปลูก การผลิต การแปรรูป และการขายสมุนไพร

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 ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ทั้งที่ได้รับอนุญาตแล้วและยังไม่ได้รับอนุญาต (เข้าข่ายประเภทตามชนิดที่กฎหมายบัญญัติ)

ภูมิปัญญาการแพทย์พื้นบ้าน หมายถึง การดูแลสุขภาพของกลุ่มชน หรือชาติพันธุ์ โดยมีการใช้ความรู้ที่สืบทอดกันมาในชุมชนท้องถิ่น ที่มีความสอดคล้องกับความคิด ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม และทรัพยากรของท้องถิ่นนั้น ๆ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ๕ ข้อ

ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. มีฐานข้อมูลสมุนไพรระดับอำเภอ (พื้นที่ปลูก/การผลิต/การแปรรูป/การขาย)	-	มี
๒. มีข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมการขึ้นทะเบียนของสถานประกอบการในพื้นที่	-	≥ ๑ กิจกรรม
๓. มีการเก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในพื้นที่ และส่งเสริมให้มีการรับรองหมอพื้นบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอพื้นบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒	-	≥ ๑ คน
๔. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓
๕. ร้อยละของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการสั่งจ่ายยาทั้งหมด ≥ ร้อยละ ๑๐	≥ ร้อยละ ๖	≥ ร้อยละ ๑๐

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานเมืองสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามในภาพรวมทุกส่วนการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ต้นทาง การส่งเสริมเกษตรกรปลูกสมุนไพรเพื่อเสริมรายได้ กลางทาง การส่งเสริมการผลิตยาและภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ และปลายทาง ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ

๔.๒ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

๔.๓ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น

๔.๔ เพื่อให้สถานประกอบเพื่อสุขภาพได้รับการส่งเสริมให้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง

๔.๕ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาของหมอพื้นบ้านไทยในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพร / ข้อมูลการผลิต/การแปรรูปสมุนไพร/การขายสมุนไพรในพื้นที่

๕.๒ ข้อมูลจากการบันทึกเก็บรวมรวมผลการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาเป็นปัจจุบัน / การส่งเสริมให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้อง/การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านในพื้นที่

๕.๓ ข้อมูลจากโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการของปีงบประมาณ ๒๕๖๖

๕.๔ ข้อมูลจากระบบ HDC ของจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล

A = คะแนนรวมจากการประเมินตามเกณฑ์

B = คะแนนเต็มทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗
๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด เภสัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔
๓. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ เภสัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙
๔. นายสุริยา ขันทชาติ แพทย์แผนไทย	โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑
๕. นางสาวสิริวิมล พูลผล นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	โทร. ๐๘๐-๙๓๕๖๙๓๒

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ /ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย **โครงการที่ ๓๗ :** โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๕** : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๖ :** อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๗ :** มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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
ตัวชี้วัดที่ ๑๑๘ : ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center)/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกษตรกรที่ต้องการปลูกสมุนไพรในพื้นที่โดยต้องให้ข้อมูลข้อเท็จจริงในการเข้าร่วมปลูกพืชสมุนไพร ๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในกลุ่มวิสาหกิจชุมชนหรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่

แผนงาน/โครงการ /ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น	๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร หรือการแพทย์แผนไทยในพื้นที่ ๗. ส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ขึ้นทะเบียนอย่างถูกต้องตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ๘. ส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาหมอพื้นบ้านและการขึ้นทะเบียนรับรองหมอพื้นบ้านในระดับพื้นที่ ๙. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบุคลากรทางการแพทย์ ๑๐. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกับการออกนิเทศงานด้านแพทย์แผนไทย
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. การส่งเสริมและพัฒนาการปลูกสมุนไพร ๕. การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ๗. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕
ยุทธศาสตร์ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ
(People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๙ ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา

๒. คำนิยาม

ตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ได้แก่

- รองผู้อำนวยการ
- หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์
- หัวหน้าพยาบาล
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- สาธารณสุขอำเภอ
- ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ผู้อำนวยการสถานีสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี

ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งว่างตามข้อ ๑ จากการเกษียณอายุราชการในปีงบประมาณถัดไป โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก และตำแหน่งว่างจากสาเหตุการโอนไปส่วนราชการอื่น ฯลฯ

บุคลากรที่มีความพร้อม หมายถึง บุคลากรประเภทข้าราชการที่มีคุณสมบัติ และ/หรือมีความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

สมรรถนะตามตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง สมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด ดังนี้

๑. สภาวะผู้นำ (Leadership)
๒. วิสัยทัศน์ (Visioning)
๓. การวางกลยุทธ์ภาครัฐ (Strategic Orientation)
๔.ศักยภาพเพื่อนำการปรับเปลี่ยน (Change Leadership)
๕. การควบคุมตนเอง (Self-Control)
๖. การสอนงานและการมอบหมายงาน (Coaching and Empowering Others)

การพัฒนา หมายถึง กระบวนการที่มุ่งจะเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน ความรู้ความสามารถทักษะและทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น

๑. การอบรม/สัมมนา โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๒. การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ ทั้งหน่วยงานภายในและภายนอก
๓. การฝึกอบรมโดยผ่านระบบ E-learning ฯลฯ เป็นต้น

บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตรได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น

จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรสองเท่าของตำแหน่งว่างตามข้อ ๒

ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น เทียบกับจำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๘๕ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๙๐ ของเป้าหมาย

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น

๒. เพื่อให้มีความต่อเนื่องทางการบริหารและมีการสืบทอดตำแหน่งอย่างเป็นระบบ

๓. เพื่อให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ณ วันที่รายงานผล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุธิดา คณะมะ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทร ๐๘๑-๙๕๔๕๐๘๙
E-mail: personmk๒๐๑๑@gmail.com
นางสาววิภาดา คงทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๙๗-๙๕๒๙๔๕๙
E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๓๘** โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๑๙** ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ๒. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ๓. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร จำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ๔. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๕. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ ๖. จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรได้รับการพัฒนา ๗. ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการฯ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ๘. จัดทำตัวชี้วัดและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนากำลังคน ๙. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนระดับ CUP ๒. มีการประชุมคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๓. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคน ด้านสาธารณสุขระดับ CUP ๔. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ๕. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๖. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ ๗. จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรได้รับการพัฒนา
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างทางการบริหาร มีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ๒. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๓. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรได้รับการพัฒนา

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๐ ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๒. คำนิยาม

การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา ธำรงรักษา และใช้ประโยชน์ ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ ๔ ประเด็นดังนี้

๑. มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบันมีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ

๒. มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง

๒.๑ ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด

๒.๒ ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๕ 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 แผนบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่ง ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น

๒.๓ มีการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดตามแผน หมายถึง การดำเนินการสรรหา คัดเลือก รวมทั้งการบริหารจัดการตำแหน่ง เช่น คัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ ฯลฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่

กำหนดและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒.๔ ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่รายงานผล คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวนเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การดำเนินการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงาน ตามแนวทางและเป้าหมายที่ สป.สธ. กำหนด) เทียบกับจำนวนหน่วยงานทั้งหมด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

๒. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุธิดา คณะมะ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทร ๐๘๑-๙๕๔๕๐๘๙
E-mail: personmk๒๐๑๑@gmail.com

นางสาวธณัฐญา รุดโถ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทร ๐๘๘-๕๖๒๕๒๑๖
E-mail: personmk๒๐๑๑@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๓๘ :** โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๐ :** ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. มีระบบ HROPS ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ๒. มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน ๓. มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง ๔. มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน มี ๔ ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล ๑.๑ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๒ มีการรายงานสถิติกำลังคน ๑.๓ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ประเด็นที่ ๒ มีแผนบริหารตำแหน่ง ๒.๑ มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำแผนกำลังคน ๒.๒ จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง ๒.๓ มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าในสายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ ๒.๔ มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายในจังหวัดและหน่วยงานในสังกัดทราบ ประเด็นที่ ๓ มีการดำเนินงานตามแผนตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด(ไตรมาส ๒ ≤๖%, ไตรมาส ๔ ≤๔%) แนวทางการประเมินผล ๑. ระดับเขต ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัด + ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของส่วนกลาง ๒. ระดับจังหวัด ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัดเท่านั้น ประเด็นที่ ๔ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> การดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคน ๒ ประเด็น ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล ๑.๑ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๒ มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน ๑.๓ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	ประเด็นที่ ๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> การดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคน ๒ ประเด็น ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล ๑.๑ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๒ มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน ๑.๓ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ประเด็นที่ ๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๑ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่และชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการพัฒนาคนให้สอดคล้อง กับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงาน มีความสุขที่ทำงานน่าอยู่ และมีการทำงานเป็นทีม มีการจัดทำแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขโดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงานสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย ๙ มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติน้ำใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy amily) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติการงานดี (Happy Work-Life) รวมทั้งมิติความผูกพัน (Happy Engagement) และมิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัดอย่างน้อย ๑ แห่ง	ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัดอย่างน้อย ๒ แห่ง	ความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัดอย่างน้อย ๓ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขของกระทรวงสาธารณสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

๒. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. รายการข้อมูล

๑. ผลการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

๒. การดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

A๑ = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด
A๒ = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับเขตสุขภาพ
A๓ = จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับกรม/เทียบเท่ากรม

ระดับจังหวัด = A๑
ระดับเขตสุขภาพ = A๒
ระดับกรม = A๓

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุธิดา คณะมะ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทร ๐๘๑-๙๕๔๕๐๘๙
E-mail: personmk๒๐๑๑@gmail.com
นางสาววิภาดา คงทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๙๗-๙๕๒๙๔๕๙
E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๓๘** โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๑** องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ระดับจังหวัด ๒. จัดทำตัวชี้วัดและแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสร้างสุขและคุณธรรม ๔. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer & HPI และองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ระดับจังหวัด ๕. ถ่ายทอดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ แนวทางการดำเนินงาน ๖. ดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ๗. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ระดับ CUP ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานดำเนินการสร้างสุขและคุณธรรม ๓. มอบหมายบทบาท หน้าที่นักสร้างสุขแก่บุคลากร เพื่อพัฒนางาน ๔. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer&HPI ระดับ CUP วิเคราะห์ผลการประเมิน ความสุขของบุคลากร ทราบปัญหาส่วนขาดด้านความสุขของบุคลากร ๕. จัดทำแผนพัฒนาความสุขของหน่วยงานที่สอดคล้องกับผลการประเมิน Happinometer&HPI ๖. จัดกิจกรรมสร้างสุขตามแผนงานสร้างสุข มีผลการดำเนินงานชัดเจน ๗. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนสร้างสุข ถอดบทเรียนความสำเร็จ ๘. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share) ๙. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประสานงานระดับ CUP ในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข ๒. มอบหมายบทบาท หน้าที่นักสร้างสุขแก่บุคลากร เพื่อพัฒนางาน ๓. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer&HPI วิเคราะห์ผลการประเมิน ความสุขของบุคลากร ทราบปัญหาส่วนขาด ๔. จัดทำแผนพัฒนาความสุขที่สอดคล้องกับผลการประเมินความสุข ๕. จัดกิจกรรมสร้างสุขตามแผนงานสร้างสุข มีผลการดำเนินงานชัดเจน ๖. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนสร้างสุข ถอดบทเรียนความสำเร็จ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๗. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share) จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖
ยุทธศาสตร์ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๑ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๒ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

๒. คำนิยาม

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสำธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๖ นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๕) มาพัฒนาโดยการประยุกต์และปรับปรุงรายละเอียดข้อคำถามเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญและรวมพลังในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก ภายใต้แนวคิด จุดพลังแห่งความร่วมมือ (The Power of Collaboration) การประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะทางเว็บไซต์ของหน่วยงานจะดำเนินการประเมินผ่านแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ทางระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) โดยเป็นแบบวัดที่ให้หน่วยงานเป้าหมายเลือกตอบมี หรือไม่มีการเปิดเผยข้อมูล 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 ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

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. ๒๕๖๖ 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. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงานด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามปฏิทินกำหนด เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายวิทวัส ละอองทอง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
๓. นางสาวจรรทิวา ราชพรหมมา ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด</th><th>แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks</th></tr>
<tr><td>แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๑ โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ตัวชี้วัดที่ ๑๒๒ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)</td><td><u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>
๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็นคำถาม
๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
๓. หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ 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. ๒๕๖๖ จะตรวจสอบการเปิดเผยข้อมูลตามแบบวัด MOIT
<table>
<tr><td>ไตรมาสที่ ๑</td><td>ไตรมาสที่ ๒</td><td>ไตรมาสที่ ๓</td><td>ไตรมาสที่ ๔</td></tr>
<tr><td>ระดับ ๕</td><td>ร้อยละ ๘๒</td><td>ร้อยละ ๘๗</td><td>ร้อยละ ๙๒</td></tr>
</table>
เงื่อนไขทั่วไป
๑. หน่วยงานจะต้องเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน
๒. หน่วยงานจะต้องรักษาคงสภาพเว็บไซต์หลักของหน่วยงานให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ทุกช่วงเวลา
๓. หน่วยงานจะต้องอธิบายให้ชัดเจนว่าข้อมูลที่เปิดเผยอยู่ในตำแหน่งใดบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด</th><th>แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks</th></tr>
<tr><td></td><td><u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u>
๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็นคำถาม
๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
๓. หน่วยงานจัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ 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. ๒๕๖๖ จะตรวจสอบการเปิดเผยข้อมูลตามแบบวัด MOIT
<table>
<tr><td>ไตรมาสที่ ๑</td><td>ไตรมาสที่ ๒</td><td>ไตรมาสที่ ๓</td><td>ไตรมาสที่ ๔</td></tr>
<tr><td>ระดับ ๕</td><td>ร้อยละ ๘๒</td><td>ร้อยละ ๘๗</td><td>ร้อยละ ๙๒</td></tr>
</table>
เงื่อนไขทั่วไป
๑. หน่วยงานจะต้องเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน
๒. หน่วยงานจะต้องรักษาคงสภาพเว็บไซต์หลักของหน่วยงานให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ทุกช่วงเวลา
๓. หน่วยงานจะต้องอธิบายให้ชัดเจนว่าข้อมูลที่เปิดเผยอยู่ในตำแหน่งใดบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน</td></tr>
<tr><td></td><td><u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u>
เป้าหมายการประเมิน ITA ยังไม่ครอบคลุมถึงในระดับตำบล จึงให้ศึกษาแนวทางดำเนินงานจากหน่วยงานในระดับอำเภอ</td></tr>
</table>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๑ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๓ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม (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

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
๓๐	๓๐	๓๐	๓๐

๔. วัตถุประสงค์

การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ มียาเพียงพอ พร้อมใช้ สำหรับการให้บริการผู้ป่วย และลดต้นทุนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

๕. แหล่งข้อมูล

๑. แบบรายงานผลการดำเนินงานการบริหารเวชภัณฑ์
๒. การประเมิน

๖. รายการข้อมูล

๑. มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
๓. โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมปริมาณการเบิกจ่ายและคงเหลืออย่างเหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Control minimum stock system)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการที่ ๔๑** โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๓** ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาจัดซื้อร่วม ระดับเขต ๒. จัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาจัดซื้อร่วม ระดับจังหวัด ๓. ดำเนินการจัดทำรายการจัดซื้อร่วมระดับเขตและจังหวัด ๔. ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวของระดับจังหวัดเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ๕. นิเทศติดตามและประเมินการดำเนินงาน ๖. สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดซื้อร่วมในระดับเขตและจังหวัดตามกรอบที่กำหนด ๒. รายงานข้อมูลการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาในระดับเขตและจังหวัดตามระบบรายงานที่กำหนด ๓. จัดให้มีระบบการควบคุมปริมาณการเบิกจ่ายและคงเหลือในหน่วยบริการปฐมภูมิ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๑ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๔ ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

๒. คำนิยาม

การควบคุมภายใน" หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

แนวคิด

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

วัตถุประสงค์ของการควบคุมภายใน

๑. วัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน (Operations Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดำเนินงาน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงานด้านการเงิน ตลอดจนการใช้ทรัพยากร การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดของหน่วยงาน ของรัฐ ตลอดจนความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานของรัฐ

๒. วัตถุประสงค์ด้านการรายงาน (Reporting Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรายงานทางการเงินและไม่ใช่การเงิน ที่ใช้ภายในและภายนอกหน่วยงานของรัฐ รวมถึงการรายงานที่เชื่อถือได้ทันเวลา โปร่งใส หรือข้อกำหนดอื่นของทางราชการ

๓. วัตถุประสงค์ด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ (Compliance Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับหรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน รวมทั้งข้อกำหนดอื่นของทางราชการ

องค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน

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 ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสม เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลื้อง หรือการทุจริตในหน่วยงาน

๕. แหล่งข้อมูล

กำหนดให้ทุกหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานจัดวางและประเมินระบบการการควบคุมภายใน และกำหนดให้มีการส่งรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ ๑ ครั้ง ดังนี้

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน
๒. โรงพยาบาลมหาสารคาม พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน
๓. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน
๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง พร้อมด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ หรือ ๔ คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A x ๑๐๐) /B

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีการดำเนินงานจัดวางและประเมินระบบการการควบคุมภายใน และกำหนดให้มีการส่งรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ประจำปี ดังนี้

- หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๑)
- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔)
- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายวิทวัส ละอองทอง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
๓. นางสาว*จรรทิวา ราชพรหมมา* ตำแหน่ง นักวิชาการการเงิน

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการที่ ๔๑** โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๔** ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ผู้บริหารกำหนดให้ผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่องและกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบโดยตรง ๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ๓. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายในประจำปี ๔. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้ผู้กำกับดูแลและกระทรวงเจ้าสังกัด 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 ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ของหน่วยงาน ๒. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยง ของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมินผล ระบบการควบคุมภายในประจำปี ๓. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๑ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๕ ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)

๒. คำนิยาม

เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องที่ผู้รับบริการจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและหน่วยงานในสังกัดในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งเรื่องร้องเรียนที่ได้ร้องจากช่องทางอื่น หรือส่วนราชการอื่นส่งมาให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	๙๕	๙๕	๙๘

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา
รายการข้อมูล ๒	B = เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๙๕-๖๑๐๓๓๓๘
E-mail : wanpen.tan@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการที่ ๔๑** โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๕** ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับนโยบาย/กำหนดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๔. จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแนวทางดำเนินงานและสรุปผลงานที่ผ่านมา สำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๕. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๖. เผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ๗. ร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ๘. ประเมินผลการดำเนินงาน สรุปรายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ระดับอำเภอ ๓. จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแนวทางดำเนินงาน ๔. สำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๕. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๖. เผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ๗. ร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น และส่งต่อข้อมูลกรณีไม่สามารถดำเนินการได้เอง ๘. สรุปผลการดำเนินงาน ๙. รายงานผลการดำเนินการ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. รับเรื่องร้องเรียนและส่งต่อข้อมูล ๒. สำรวจข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๓. ร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น และส่งต่อข้อมูลกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ๔. สรุปผลการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๒ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๖ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สสจ./สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)

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. ๒๕๖๖ 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 ความคาดหวัง และความนิยมชมชอบ 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 ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของ ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการที่ ๔๒** โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๖** ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สสจ./สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๒. ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม ๓. พัฒนาศักยภาพ Project manager (PM) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๔. จัดทำแนวทางการรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ผ่านทางเวปไซต์ <u>http://opdc.moph.go.th/ และ</u>ทาง E-mail : <u>pmqa.moph@gmail.com</u> ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. รายงานในระบบ KPI Version ๓ ตาม Small success แต่ละไตรมาส ๖. ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์การ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้ และหมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ ๗. การพัฒนา Data Center ของกลุ่มงาน ได้จัดทำแผนพัฒนาองค์การการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ โดยแต่งตั้งคณะทำงาน Data Center ของกลุ่มงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ซึ่งได้จัดทำ Data Center ทั้ง ๑๓ กลุ่มงานทางเว็ปไซต์ สสจ.มหาสารคาม http://๒๐๓.๑๕๗.๑๘๕.๓/dc-mkho/frontend/web/โดยมีเนื้อหาในการจัดทำประกอบด้วย ๑) เว็บไซต์พื้นฐานองค์กรภาครัฐ ๒) ระบบงานที่กลุ่มงานใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับส่วนกลางและร่วมกับหน่วยงานในกำกับ ๓) มาตรฐานคู่มือการดำเนินงานทั้งหมดของกลุ่มงาน ๔) ระบบข้อมูลสำคัญของกลุ่มงานที่ใช้ปฏิบัติงาน ๕) ช่องทางสื่อสารของกลุ่มงานกับหน่วยงานในกำกับ และ ๖) อื่นๆ ที่กลุ่มงานจำเป็นต้องมี/ใช้ในการปฏิบัติงาน ๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Show & Share) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๙. บูรณาการกับงานองค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข และการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRD) ๑๐. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) สสจ.มหาสารคาม ๑๑. บูรณาการกับการจัดมหกรรมวิชาการระดับจังหวัด ๑๒. บูรณาการกับการขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH ๑๓. ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ๑๔. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “PMQA สสอ. มหาสารคาม” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ๑๕. มีเป้าหมายการดำเนินงานคือ สำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ และสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ (จำนวน ๑๓ แห่ง)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ๓. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในหมวดที่ดำเนินทั้ง ๖ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์การ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัดการวิเคราะห์ และการจัดความรู้และหมวด ๕ บุคลากร และหมวด ๖ การปฏิบัติการเพื่อหาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement : OFI) ๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน ๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น ๒ ตัวชี้วัด รวม ๓๖ ตัวชี้วัด ๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร ๗. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๘. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ ๔๒ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง

- โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ แห่ง
- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑ แห่ง

(ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๓ มีเตียงที่เปิดบริการไม่ถึง ๓ ปี)

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ขั้น ดังนี้

- **HA ขั้น ๑ หมายถึง** โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยนำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/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) ได้นั้นจะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน 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

๕. แหล่งข้อมูล

เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของ สถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ขั้น ๑-๓ และ Advanced-HA

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น๓ + Reaccredit + ๓e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอ ประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e R๓e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ+ A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑ แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล : ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองขั้น ๓ + Reaccredit + ๓e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาล ที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e R๓e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ + A-HA + A-HAe อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล ๒	B = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน ๑๑ แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๑๓. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐
Email: pkhu.ombre@gmail.com
นางดวงดาว ราตรีสุข โทร. ๐๘๖-๒๑๘-๖๐๓๖
E-mail: duangdao.nid๑@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการ ๔๒** โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗** ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗.๑** ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๗.๒** ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับนโยบายระดับประเทศและแนวทางระดับเขต ๒. จัดทีมพี่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับจังหวัดเพื่อร่วมทีมพี่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ ๗ ๓.จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อร่วมทำแผนเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้ทันตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) กำหนด ๔. นิเทศงานระดับอำเภอ(มกราคม) ๕. จัดประชุมเสริมพลังและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย QLN/HACC/เขตสุขภาพที่ ๗ ให้โรงพยาบาลเป้าหมาย ๖. ติดตามความก้าวหน้าการเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมประเมินให้ทันห้วงเวลาที่กำหนดร่วมกับผู้ประสานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ๗. รายงานความก้าวหน้าผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. เข้ารับการประชุมชี้แจงแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมินในระดับจังหวัด (พฤศจิกายน) ๒. ทำแผนเพื่อขอรับการทำแผนเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้ทันตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กำหนด ๓. โรงพยาบาลส่งแผนขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อรายงานผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง ๔. โรงพยาบาลส่งเอกสารเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองให้สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) ตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)ล่วงหน้าตามกำหนด ๕. โรงพยาบาลจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายให้ได้ตามมาตรฐานตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน เช่น CPG Fast track, IC, LAB, RDU, เภสัชกรรม, Patient safety

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๖. การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหมวดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชน ให้บูรณาการกับมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อช่วยสนับสนุนให้ รพ.สต.ในพื้นที่มีการจัดบริการที่ได้มาตรฐานและผ่านเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ๗. โรงพยาบาลจัดทีมพี่เลี้ยงเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA สู่การพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต.เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อและสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ๘. โรงพยาบาลรับการเยี่ยมประเมิน HA และการรับรองผล
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ร่วมเป็นเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อมโยงมาตรฐานจากโรงพยาบาล ถึง รพ.สต.ติดดาว ๒. ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายให้ได้ตามมาตรฐาน ตั้งแต่โรงพยาบาลต่อเนื่องถึงชุมชน เช่น IC, LAB, RDU, เภสัชกรรม, Patient safety ๒. พัฒนาคุณภาพร่วมกับแม่ข่ายโรงพยาบาลตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว เพื่อให้เกิดคุณภาพที่เชื่อมโยงและบูรณาการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๒ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๘ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖)

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล(PCU/NPCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นเกณฑ์ใหม่ที่ตามประกาศคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ “เรื่อง มาตรการควบคุมและตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๕ แห่ง พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อรองรับ รพ.สต. ทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและ สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ประกอบด้วยแนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

(๑) ด้านระบบบริหารจัดการ
(๒) ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ
(๓) ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม
(๔) ด้านระบบสารสนเทศ
(๕) ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
(๖) ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข
(๗) ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
(๘) ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

๓. การรับรองผล โดย อำเภอ จังหวัด และ เขต ร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖ โดยรักษาสภาพ ๓ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖)	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

จังหวัดมหาสารคามประกอบด้วยเครือข่ายบริการสุขภาพจำนวน ๑๓ อำเภอ รพ.สต. ๑๗๕ แห่ง โดยมีแผนการจัดตั้งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ระยะเวลา ๑๐ ปี (ปี ๒๕๖๓–๒๕๗๒) จำนวน ๘๖ ทีม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อยกระดับบริการปฐมภูมิ ให้มีคุณภาพ และได้ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคามตาม พรบ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔๔ ทีม สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒๖ ทีม และเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ที่สังกัดทั้งสอง กระทรวง จำนวน ๑๖ ทีม นั้น เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิมีมาตรฐานเท่าเทียมกันทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ สังกัดกระทรวงมหาดไทย อีกทั้งเป็นการควบคุมมาตรฐานในหน่วยที่ขึ้นทะเบียนแล้ว และ พัฒนาคุณภาพให้ได้มาตรฐานเพื่อขึ้นทะเบียนเป็น PCU /NPCU ในหน่วยบริการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ

๔. วัตถุประสงค์

การกำหนดมาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและจัดให้มีการตรวจสอบเพื่อควบคุมคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างสม่ำเสมอ เครื่องมือพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูล

รพ.สต.ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ.ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ.ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินมายัง สสป.

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพมาตรฐาน
รายการข้อมูล ๒	B = รพ.สต. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการที่ ๔๒** โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๘** ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว (เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ระดับจังหวัด ๓. พัฒนาศักยภาพทีมประเมินระดับจังหวัดและระดับโซน ๔. ประสานงานการประเมินรับรองระดับเขตสุขภาพ และประเทศ ๕. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียน Best practice ประเด็น OTOP ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการกับการดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สู่สาธารณะ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและประเมิน ระดับอำเภอ ๓. พัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาและประเมินระดับอำเภอ ๔. ประเมินรับรองระดับอำเภอ ๕. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียน Best practice ประเด็น OTOP
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๒. วิเคราะห์ และ สรุปส่วนขาด ทำแผนพัฒนา ๓. บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๔. สรุปผลงานของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ ๔๒ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙ สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑการประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙.๑ ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑการประเมิน ขั้นพื้นฐาน (The must)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙.๒ จำนวนสถานบริการตนแบบ ที่ผานเกณฑการประเมินขั้นสูง (The best)

๒. คำนิยาม

การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาใหมีสภาพแวดลอมที่เอื้อตอการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนตอการจัดบริการรูปแบบใหมใหครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งตอผู้ใหบริการ และผูรับบริการ มีความสะดวกสบายในการเขารับบริการ ลดภาระงานของผูปฏิบัติงานและสรางความเชื่อมั่นใหกับประชาชน ทั้ง ๓ ดาน

๑. สิ่งแวดลอมดี (Environment) การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้ง ภายในและภายนอก ภายใตการบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัยการเยียวยาและลดผลกระทบตอชุมชน

๒. ความทันสมัย (Modernize) การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกตใชใน การบริหารจัดการใหมีประสิทธิภาพอยางเหนือความคาดหมายของผูรับบริการ และเพิ่ม ความปลอดภัยใหแกผูใหบริการ และผูรับบริการ

๓. บริการดวยหัวใจ (Smart Service) การใหบริการแกผูรับบริการที่ไมมีขอจำกัดเรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ใหผูรับบริการ จนเกิดผลตอบรับ ดวยความพึงพอใจและความรูสึกพิเศษ

๓. เกณฑเป้าหมาย

๓.๑ รอยละของสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผานเกณฑการประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
รพท.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
รพช.	๖๐	๗๐	๘๐

๓.๒ จำนวนสถานบริการตนแบบ ที่ผานเกณฑการประเมินขั้นสูง (The best)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
เขตสุขภาพ ละ ๒ แห่ง	ระดับ รพท. ≥ ร้อยละ ๑๐	ระดับ รพท. ≥ ร้อยละ ๑๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขใหมีสภาพแวดลอมที่เอื้อตอการใหบริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางดานโครงสรางและระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความตองการของผูรับบริการได่อยางมีประสิทธิภาพที่เปนมาตรฐานเดียวกัน

๕. แหล่งข้อมูล

สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ แห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านเกณฑการประเมิน ขั้นพื้นฐาน (The must)	
รายการข้อมูล ๑	จำนวนสถานบริการ ระดับ รพท. ที่ผานเกณฑการประเมินฯขั้นพื้นฐาน (The must)
รายการข้อมูล ๒	จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผานเกณฑการประเมินฯขั้นพื้นฐาน (The must)
รายการข้อมูล ๓	จำนวนสถานบริการตนแบบ ที่ผานเกณฑการประเมินขั้นสูง (The best)
รายการข้อมูล : จำนวนสถานบริการตนแบบ ที่ผานเกณฑการประเมินขั้นสูง (The best)	
รายการข้อมูล ๑	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพท. จำนวน ๑ แหง
รายการข้อมูล ๒	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน ๑๒ แหง

เกณฑ์การให้คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนจากระดับความสำเร็จที่ดำเนินการการพัฒนาตามเกณฑ์ EMS

ระดับคะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จในการพัฒนาตามเกณฑ์ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	√				
๒	√	√			
๓	√	√	√		
๔	√	√	√	√	
๕	√	√	√	√	√

โดยที่สำหรับสถานพยาบาล/(โรงพยาบาล ระดับ S, M๑, M๒, F๑, F๒, F๓) ดำเนินการพัฒนาดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	โรงพยาบาลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานตามนโยบาย EMS มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ EMS กระทรวงสาธารณสุข
๒	โรงพยาบาลมีกิจกรรม การสำรวจและป้องกันความเสี่ยง มีการวิเคราะห์ปัญหา นำมาปัญหาทบทวน เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ตามแนวทางระบบบริการก้าวหน้า EMS
๓	โรงพยาบาลมีกิจกรรมการพัฒนา และมีการดำเนินงานตามแผน เพื่อแก้ไขปัญหาป้องกันความเสี่ยงตามฯ นโยบาย EMS ได้ครอบคลุมทั้ง ๓ ด้าน
๔	โรงพยาบาลที่ดำเนินการพัฒนาระบบบริการก้าวหน้า EMS จะต้องผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ ผ่านการรับรองมาตรฐาน Green and Clean hospital Plus
๕	โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยี และนวัตกรรมมาใช้ในการดำเนินงาน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐
นางดวงดาว ราตรีสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๖-๒๑๘-๖๐๓๖
นางสุกัญญา สารฤทธิคาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร .๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการ ๔๒** โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙** สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙.๑** ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ขั้นพื้นฐาน (The must) **ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙.๒** จำนวนสถานบริการต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับนโยบายระดับประเทศและแนวทางระดับเขต ๒. จัดประชุมผู้รับผิดชอบงานพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EME 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 EME ระดับขั้นพื้นฐาน (The must) และขั้นสูง (The best) ๓. โรงพยาบาลจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพื่อรับรอง HA ขั้น ๓ และการรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Plus เพื่อขอรับการประเมินสถานบริการตามนโยบาย EME ในระดับที่สูงขึ้นจากทีมตรวจประเมินของ สสจ. และเขตสุขภาพที่ ๗ ๔. ประชุมชี้แจงเกณฑ์ฯ พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๕. โรงพยาบาลจัดทีมพี่เลี้ยงเชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน EMS สู่การพัฒนาคุณภาพใน รพ.สต.เครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ และสร้างความเป็นธรรมแก่ประชาชนในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๔๒ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๐ การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง (นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

๒. คำนิยาม

การรับรองคุณภาพการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (Provincial Network Accreditation : PNC) คือ การรับรองกระบวนการคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรอง มาตรฐานคุณภาพเครือข่ายบริการ Provincial Network Accreditation ได้นั้นจะต้องเป็นเครือข่าย สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน 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(ผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ผ่านการประเมินขั้นสูง (The best) การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง	NA	ผ่านการรับรองคุณภาพ

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ หน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
๒. มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
๓. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ
๔. มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลการรับรองและสถานะการรับรองของ สถานพยาบาล ตามมาตรฐาน HA ขั้น ๑-๓ และ Advanced-HA และการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการ และการรับรองคุณภาพเครือข่ายบริการ

๒. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง นโยบายนายแพทย์สาสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเครือข่ายบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองตามเกณฑ์คุณภาพ PNC
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเครือข่ายบริการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๘๓-๔๕๖๓๐๘๘ Email : wiriya๒๕๐๙@hotmail.com
๒. นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๘๖-๒๑๘-๖๐๓๖ E-mail: uangdao.nid๑@gmail.com
๓. นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕ E-mail : Tipa_mung๐๐๑@hotmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ **โครงการที่ ๔๒** โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๐** การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเครือข่ายบริการ ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง จัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด (PNC) โรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และจัดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลการจัดบริการความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลในเครือข่าย ๓. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อเพิ่มขีดความสามารถระบบบริการ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อและจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่าย ๔. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษา ในระดับตติยภูมิ ๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๖. วิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล ๗. เสนอผลการพัฒนาสู่การรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. โรงพยาบาลทุกแห่ง จัดระบบการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ๒. ภายใต้ข้อตกลงการจัดบริการสู่เป้าหมายการรับรองคุณภาพตามแผนพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการระดับจังหวัด(PNC)โรคหลอดเลือดสมองและเกณฑ์มาตรฐานการรับรองคุณภาพจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ๓. โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ตามแนวทางการจัดบริการรักษาพยาบาล โรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ และยกระดับการส่งต่อผู้ป่วย เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพและ ทีมส่งต่อผู้ป่วย ๔. ปรับระบบการจัดบริการตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการและแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาพยาบาลความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างเครือข่ายบริการทุติยภูมิ ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงการส่งต่อไปรับการรักษาในระดับตติยภูมิ ๕. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (out put) 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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๑ ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

๒. คำนิยาม

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid)
๒. ข้อมูลเพศ (sex)
๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)
๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)
๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)

โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod ๑๑ กรณีสัญชาติไทย

๒. ข้อมูลเพศ (sex) ตรงตามรหัสมาตรฐาน

๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation) ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย

๔. ข้อมูลวันเกิด (birth) เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน ๑๒๐ ปี

๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) ตรงตามรหัสมาตรฐาน กรณีเป็นสถานะยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น

ระยะเวลาในการประเมินผล : ประเมินทุกวันที่ ๑ ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (๑ ธันวาคม, ๑ มีนาคม, ๑ มิถุนายน และ ๑ กันยายน)

คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

๑. คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค

๒. คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพ ตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลฯ

หน่วยงานสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการด้านสาธารณสุขตั้งแต่ระดับ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล

สารสนเทศสุขภาพ หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ในรูปแบบ ชุดข้อมูลมาตรฐาน

ชุดข้อมูลมาตรฐาน คือ ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ตาม โครงสร้างฐานข้อมูลในรูปแบบแฟ้มมาตรฐาน ตามประกาศโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version ๒.๓ http://thcc.or.th

คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC) หมายถึง โปรแกรมที่พัฒนาโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า Health Data Center หรือ HDC เป็นระบบที่หน่วยบริการทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการในทุกจังหวัด มีกระบวนการทำงานดังนี้

๑.นำเข้าข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน

๒.จัดทำสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดในระดับต่าง

๓.จัดส่งข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด ไปยังสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป

๒. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

๒. Health data Center : HDC จังหวัดมหาสารคาม

๓. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน หน่วยงานสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยงานสาธารณสุข (ยกเว้น สสอ.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๓** โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๑** ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๒. ประชุม VDO Conference ติดตามคุณภาพข้อมูลโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๓. สรุปข้อสั่งการ CIO เข้า กวป.ทุกเดือน ๔. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ประจำปี ๒๕๖๖
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศระดับอำเภอ (CIO) ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพข้อมูลให้กับหน่วยบริการ ๓. พัฒนาข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์โดยคณะกรรมการ CIO ระดับอำเภอ ๔. ดำเนินการตามข้อสั่งการ CIO จังหวัดมหาสารคาม ๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศระดับอำเภอ (CIO) ประจำปี ๒๕๖๖
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดตามคำแนะนำของคณะกรรมการ CIO ระดับอำเภอ ๒. สรุปผลการแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๒ ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

๒. คำนิยาม

ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดข้อมูลคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล ตัวบุคคล ในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตน แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง

ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ขอบุคลากรสาธารณสุข (บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่าน platform หมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยงานบริการภาครัฐ

IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก

๑. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA) ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล”

๒. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์กรมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตามมาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วยแนวทางการจัดทำกระบวนการและดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐแล้ว

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้นลูกจ้างรายคาบ รายวัน จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพท. รพช. และหน่วยงานรับผิดชอบของสำนักงานสาสุขจังหวัด) ทุกระดับทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)

ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
บุคคลากรสาธารณสุข	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๕
ประชาชน	≥ ร้อยละ ๒๕	≥ ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้คนไทยมีดิจิทัลไอดี สำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ

๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์บน Application (กรณีประชาชนที่ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สามารถแสดงประวัติการรักษาเฉพาะบุคคลผ่านระบบ Electronic Medical Record หลังจากได้รับอนุญาตจากประชาชนเจ้าของข้อมูล)

๓. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวกและประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ

๔. ป้องกันความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่น เพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

๒. Health data Center : HDC จังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ
รายการข้อมูล ๒	B = บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
รายการข้อมูล : ร้อยละของประชาชนมีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	
รายการข้อมูล ๑	A =ประชาชนมีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงการบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
รายการข้อมูล ๒	B = ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๓** โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๒** ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ ๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ๓. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ ๔ .ติดตามผลการดำเนิน HIS Gateway
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานภายใน ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนิน การลงทะเบียน ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและประชาชนทั่วไป ๓. สรุปผลการดำเนินงาน คณะกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ลงทะเบียน (Digital Identity หรือ Digital ID) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ๒. ลงทะเบียน (Digital Identity หรือ Digital ID) สำหรับประชาชนทั่วไป ตามเกณฑ์ ๓. สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) ผ่าน หมอพร้อม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๓ จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดการระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลหนึ่ง ไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ. สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/ Telemedicine” บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวานรหัส E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง รหัส I๑๐-I๑๕ จากรหัส ICD-๑๐ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)

โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้

๑. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัดและโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จ มีผลการให้บริการในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อย่างน้อย เขตสุขภาพละ ๓ จังหวัด

๒. โรงพยาบาลจะต้องมีบริการการแพทย์ทางไกลและการเตรียมการดังนี้

๒.๑ ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒.๒ มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบของกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิตอลทางการแพทย์โรงพยาบาลด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกลและอื่นๆ (รายละเอียด ตามร่างคณะกรรมการดิจิตอลทางการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย)

๒.๓ มีระบบสารสนเทศ Telemedicine/Telehealth

๒.๔ มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน

๒.๕ มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือ ญาติ ของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ

๓. โรงพยาบาลมีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
-	มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า ๓,๕๐๐ ครั้ง	มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า ๕,๕๐๐ ครั้ง

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ

๒. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th

๒. ประสานฉายข้อมูลเรียกเก็บค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมายจาก สปสช.

๖. รายการข้อมูล

ข้อมูลและรายงานผลระดับโ รงพยาบาลจังหวัด และเขตสุขภาพจากระบบ Health Data Center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ

๑. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย

๒. คำนวณร้อยละการให้บริการทางการแพทย์ทางไกลในปี ๒๕๖๘ - ๒๕๗๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๖๔ ๘๒๘-๒๙๓๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๓** โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๓** จำนวนจังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ ๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ๓. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานภายใน ๒. จัดให้มีบริการการแพทย์ทางไกล ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓. บันทึกข้อมูล รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” นำส่งเข้า HDC
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชาสัมพันธ์ การใช้งาน การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine ให้ประชาชนเข้าถึงบริการใน ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๔ ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))

๒. คำนิยาม

Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น

เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด

ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลกลุ่มโรค NCD โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) เป็นต้น

Personal Health Record: PHRs หมายถึง ระบบระเบียนสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนด้านการบริการระบบสุขภาพระดับจังหวัดให้เกิดประสิทธิภาพ และจัดการปัญหาด้านสุขภาวะของโรคที่เกิดกับประชากรในพื้นที่ ช่วยบริหารและจัดการสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยมาตรฐานที่แลกเปลี่ยนกันได้แบบทันที มีความถูกต้อง รวดเร็ว ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลาโดยการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ Tablet หรือ อุปกรณ์ Smart Devices

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ไม่น้อยกว่า ๖๐	ไม่น้อยกว่า ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อตอบสนอง E-Health ๔.๐

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง

๓. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค สั่งการในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง

๕. แหล่งข้อมูล

๑. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง

๒. ระยะ ๒๐ ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙ E-Mail : thait-rex@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๓** โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๔** ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สรุปผลการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงาน ระดับจังหวัด จาก HDC ๒. สรุปผลการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงาน ระดับจังหวัด จากหมอพร้อม ๓. นำเสนอผู้บริหาร และที่ประชุม กวป. ๔. ติดตามการดำเนินงาน ลงทะเบียน DID หมอพร้อม (Digital Identity หรือ Digital ID)
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ติดตามผลการใช้งาน ลงทะเบียน DID ระดับหน่วยบริการ ๒. ติดตามผลการใช้งาน Data Exchange ระดับหน่วยบริการ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ลงทะเบียน DID หมอพร้อม (Digital Identity หรือ Digital ID) ให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบตามเป้าหมาย ๒. สนับสนุน ส่งเสริม ให้ประชนใช้ Personal health record (PHR) ในหมอพร้อม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๕ ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)

๒. คำนิยาม

ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดข้อมูลคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล ตัวบุคคล ในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน ช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตน แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง

ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ขอบุคลากรสาธารณสุข (บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่าน platform หมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยงานบริการภาครัฐ

IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก

๑. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA) ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” และ

๒. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์กรมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตามมาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วยแนวทางการจัดทำกระบวนการและดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐแล้ว

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้นลูกจ้างรายคาบ รายวัน จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุขในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพท. รพช. และหน่วยงานรับผิดชอบของสำนักงานสาสุขจังหวัด) ทุกระดับทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)

ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
บุคคลากรสาธารณสุข	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๕
ประชาชน	≥ ร้อยละ ๒๕	≥ ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้คนไทยมีดิจิทัลไอดี สำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ

๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบระเบียนสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์บน Application (กรณีประชาชนที่ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟนสามารถแสดงประวัติการรักษาเฉพาะบุคคลผ่านระบบ Electronic Medical Record หลังจากได้รับอนุญาตจากประชาชนเจ้าของข้อมูล)

๓. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวกและประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ

๔. ป้องกันความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่น เพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

๒. Health data Center : HDC จังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	
รายการข้อมูล ๑	A =ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)
รายการข้อมูล ๒	B = ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๓** โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๕** ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ ๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน ๓. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพประจำปี ๒๕๖๖ ๔. ติดตามผลการดำเนิน HIS Gateway
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์ หรือกลุ่มงานภายใน ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนิน การลงทะเบียน ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและประชาชนทั่วไป ๓. สรุปผลการดำเนินงาน คณะกรรมการดิจิทัลทางการแพทย์
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ลงทะเบียน (Digital Identity หรือ Digital ID) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ๒. ลงทะเบียน (Digital Identity หรือ Digital ID) สำหรับประชาชนทั่วไปตามเกณฑ์ ๓. สนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) ผ่าน หมอพร้อม

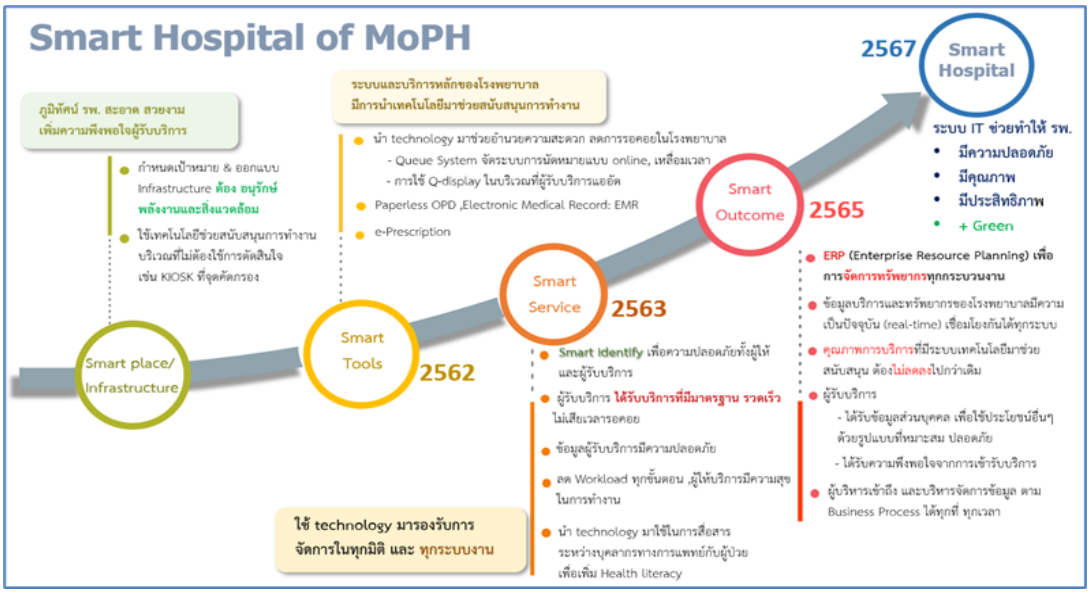
นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๖ 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 ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

๓. Smart Services โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ 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 และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์พลังงานอย่างยั่งยืน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย

๒. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ

๓. บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

๔. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	
รายการข้อมูล ๑	A = หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital
รายการข้อมูล ๒	B = โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๓** โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๖** หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา Digital Transformation ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital ๒๕๖๖ ๓. ประชุม VDO Conference ติดตามผลการดำเนินร่วมกันโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๔. สรุปผลการดำเนินงาน เข้า กวป.ทุกเดือน ๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนา Digital Transformation ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ประจำปี ๒๕๖๖
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ๒. ประชุมชี้แจงเกี่ยวข้องในการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ๓. สรุปผลคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ประจำปี ๒๕๖๖
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๑ หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๖ ความครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพต่างด้าวที่มารับบริการตรวจสุขภาพ
ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๗ การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (PP/OP)

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) ดังนี้

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
๑.๑ CR < ๑.๕	๑	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน
๑.๒ QR < ๑.๐	๑	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้/หนี้สินหมุนเวียน
๑.๓ Cash < ๐.๘	๑	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด/หนี้สินหมุนเวียน
๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC < ๐	๑	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < ๐	๑	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ -ค่าใช้จ่าย
๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี ๒ มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียนที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง ๒ มิติ
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > ๖ เดือน	๐	เนื่องจากทั้ง ๒ มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือแต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ < หรือ = ๓ เดือน	๒	
๓.๒ มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นบวก)		
a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๖ เดือน	๒	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๓ เดือนไม่เกิน ๖ เดือน	๑	
c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก < หรือ = ๓ เดือน	๐	
๓.๓ กรณี NWC ติดบวก & มี NI เป็นบวก	๐	
๓.๔ กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็นลบ	๒	

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ ๗ คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗≤๔%, ระดับ ๖≤๖%)	๐ แห่ง	๐ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของหน่วยบริการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่ ความสามารถซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้มา การเก็บรักษา และการใช้ไปของทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือสร้างโอกาสให้ทรัพยากรนั้นมีมูลค่าสูงขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการมีปัญหาทางการเงินลดลงหรือไม่มีปัญหาทางการเงิน ประกอบด้วย

๑. ความสามารถในการดำเนินงานลงทะเบียนสิทธิ (UC coverage) เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและบรรลุตามเกณฑ์

๒. ความสามารถในการดำเนินงานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเพื่อการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและบรรลุตามเกณฑ์

๓. ความสามารถในการเพิ่มรายได้และลดค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ รวมทั้งการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้

๔. ความสามารถในการบริหารจัดการให้ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยระดับบริการเดียวกัน ทั้งต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน

๕. ความสามารถในการดำเนินงานในการบริหารการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในระดับ CUP และเครือข่ายบริการ

๖. เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับ มีระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการเรียกเก็บฯให้มีความครอบคลุม ถูกต้องแม่นยำ ส่งผลให้หน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนตามเกณฑ์ที่ประเมินได้จริง
รายการข้อมูล ๒	B = คะแนนตามเกณฑ์ที่ประเมินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางโศภิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘-๔๕๑๗๔๓๕๘
นางรัติญา ประสาระเอ โทร. ๐๘-๑๒๖๑๔๗๑๔
นางธัญณิชา โตหนองหว้า โทร. ๐๘-๑๒๖๑๔๗๑๔
นายวิโรจน์ ละครพล โทร. ๐๙-๓๕๕๒๗๓๓๗

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัด การด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗** ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔ ระดับ ๖ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. แต่งตั้ง คกก.CFO ระดับจังหวัด ๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) ๒.๑ มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด ๒.๒ ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด ๒.๓ ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/ชดเชยตามเวลาที่กำหนด ๓. กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) ๓.๑ กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทาง การเงินตามกระทรวงกำหนด ๓.๒ ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ๓.๓ 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. แต่งตั้ง คกก.CFO ระดับอำเภอ ๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) ๒.๑ มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงิน ให้กับ รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๒.๒ คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ส่วนกลาง/เขต กำหนด ๒.๓ คณะกรรมการมีการจัดทำแผนจัดเก็บรายได้ รายจ่ายประจำปี/พัฒนาศักยภาพทีม CFO ทีมจัดเก็บรายได้ ปรับปรุงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และมีตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	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 โดย มีการวิเคราะห์ปัญหาด้านการเงินการคลังและหาแนวทางแก้ไข อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้งและส่งรายงานการประชุมให้สสจ.ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือนถัดจากการประชุม ๖. จัดระบบกำกับติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต. ๗. จัดทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเงินการคลังอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. วิเคราะห์และรายงานสถานการณ์การเงินของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง ๒. แก้ไขปัญหาและประสานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๑** หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. มีคำสั่งคณะทำงานจัดเก็บรายได้ที่ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกงานในระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล ประจำปี ๒๕๖๖ ๒. จัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๖๖ ๓. จัดประชุมชี้แจงและติดตามการดำเนินงานอย่างน้อยทุกไตรมาส/จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้/กำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลราชการ ปี ๒๕๖๕ ๔. ออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน (Audit,ระบบจัดเก็บรายได้) ๕. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานระบบจัดเก็บรายได้จังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ รายเดือน/ไตรมาส
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีคำสั่งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ /มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ของหน่วยงานประจำปี ๒๕๖๖ ๒. จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนจัดเก็บรายได้ลดรายจ่าย ประจำปี ๒๕๖๖ ๓. มีการประชุม และรายงานผลการดำเนินงานอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง ๔. มีรายได้จากการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฯ (รายได้รวมจากการเรียกเก็บทุกสิทธิ) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลจากในช่วงเวลาเดียวกันในปีที่ผ่านมา (ไตรมาส ๓ ปี ๖๕ เทียบไตรมาส ๓ ปี ๖๖) ๕. ศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลมีคุณภาพ ตามเกณฑ์ประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) >ร้อยละ ๘๐
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. คำสั่งผู้รับผิดชอบงานจัดเก็บรายได้ ๒. มีFlow Chart การดำเนินงาน ๓. มีการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานจัดเก็บรายได้ ๔. มีการดำเนินงานจัดเก็บรายได้สิทธิ พรบ., UC,อปท.ประกันสังคม ๕. มีสรุปรายงานแสดงได้จากการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฯ เสนอผู้บริหารทุกเดือน ๖. ศูนย์จัดเก็บรายได้ในรพ.สต.มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔Cปรับปรุงตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด) ร้อยละ ๘๐

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๖** ความครอบคลุมสิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว ที่มารับบริการตรวจสุขภาพ	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับนโยบายจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวให้กับหน่วยบริการสังกัด สธ. ในจังหวัดมหาสารคาม ได้รับทราบ ๓. ออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน ๔. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานการขายบัตรประกันสุขภาพและการส่งเงินสมทบเข้ากองทุน สป.และ สสจ.มค.ผ่าน Dashboard กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.มค.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวให้กับผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ ๒. จัดทำ Flowchart แนวทางการดำเนินงานการตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ๓. ตรวจสุขภาพและขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวตามแนวทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๔. จัดทำทะเบียนการขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวเป็นปัจจุบัน ถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ๕. ส่งข้อเงินเข้ากองทุนผู้ประกันคนต่างด้าว สธ.และสสจ.ได้ครบถ้วนและทันเวลา ๖. ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ๗. บันทึกลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ๘. เคลมค่ารักษาพยาบาลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ที่มีค่าใช้จ่ายสูงผ่านกองทุนผู้ประกันคนต่างด้าว ๙. ตรวจสอบค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับการจ่ายชดเชย
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ให้บริการด้านสาธารณสุขคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/ โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๗** การใช้จ่ายงบประมาณกองทุนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ (PP/OP)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑ .ประชุมรับนโยบายแนวทางการดำเนินงาน จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. จัดทำ Flowchart แนวทางการดำเนินงานบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ๓ .ตรวจสอบยอดเงินที่ได้รับจัดสรรเหมาจ่ายรายหัว รายรอบ ประจำปีงบประมาณ ผ่านเว็บไซต์ https://state.moph.go.th/ ๔. แจ้งการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวให้กับหน่วยบริการได้รับทราบ ๕. จัดทำโครงการเบิกจ่ายเงินตามวัตถุประสงค์ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ๖. รายงานเงินคงเหลือในบัญชีกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้กับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. ประชุมรับนโยบายแนวทางการดำเนินงาน จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. จัดทำ Flowchart แนวทางการดำเนินงานบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ๓. ตรวจสอบยอดเงินที่ได้รับการจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัวรายรอบ ประจำปีงบประมาณ ผ่านเว็บไซต์ https://state.moph.go.th/ ๔. จัดทำโครงการเบิกจ่ายเงินตามวัตถุประสงค์ของงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ๕. รายงานเงินคงเหลือในบัญชีกองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิให้กับกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๖. ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่บุบคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ๗. จัดทำลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ๘. เคลมค่ารักษาพยาบาลผ่านระบบE-Claim online ๙. ตรวจสอบการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ให้บริการด้านสาธารณสุขบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๔ การบริหารการจ่ายเงิน (Payment Management) ระดับดี มากกว่าร้อยละ ๙๐

๒. คำนิยาม

ระบบรายงานเจ้าหนี้ที่เป็นปัจจุบัน แผนการบริหารเจ้าหนี้ และระบบการจ่ายเงินที่เป็นปัจจุบัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ร้อยละผลการดำเนินงานของแผนบริหารเจ้าหนี้	๙๐	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดมีระบบพัสดุที่เป็นปัจจุบัน จัดทำระบบรายงานเจ้าหนี้ที่เป็นปัจจุบัน มีแผนการบริหารเจ้าหนี้ และระบบการจ่ายเงินที่เป็นปัจจุบัน

๕. แหล่งข้อมูล

งบทดลองของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

งบทดลองของหน่วยบริการ พร้อมเอกสารประกอบ รวมทั้งทะเบียนคุมเจ้าหนี้

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวบัวขาว กะฐินใหม่ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
๒. นางสาวอัจฉรานันท์ บัณฑจิต ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๔** การบริหารการจ่ายเงิน (Payment Management) ระดับดี มากกว่าร้อยละ ๙๐	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สสจ. แจ้งระบบรายงานเจ้าหนี้ที่เป็นปัจจุบัน แผนการบริหารเจ้าหนี้และระบบการจ่ายเงินที่เป็นปัจจุบันให้หน่วยงานในสังกัด ๒. สสจ. ออกตรวจสอบงบทดลองพร้อมเอกสารประกอบงบการเงิน รวมทั้งทะเบียนคุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓. เมื่อตรวจพบรายการผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน แจ้งให้หน่วยรับตรวจแก้ไขให้ถูกต้อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รพช. จัดทำแผนบริหารเจ้าหนี้ ๒. รพช. จัดทำระบบรายงานเจ้าหนี้ให้เป็นปัจจุบัน ๓. จัดทำทะเบียนคุมงบเจ้าหนี้ ให้ตรงกับงบการเงิน ๔. ตรวจสอบทะเบียนคุมให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถตรวจสอบได้

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๕ การบริหารการจ่ายเงิน : Defect debt น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

๒. คำนิยาม

มูลค่าเจ้าหนี้ที่ระยะเวลาเกินระยะเวลา ๙๐ วัน หารด้วย มูลค่าเจ้าหนี้ปีที่ผ่านมา ไม่เกินร้อยละ ๑๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ไม่เกินร้อยละของมูลค่าเจ้าหนี้ที่เกินระยะเวลา	๑๐	๑๐	๑๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีมูลค่าเจ้าหนี้ที่เกินระยะเวลา ๙๐ วัน ไม่เกินร้อยละ ๑๐

๕. แหล่งข้อมูล

งบทดลองของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

งบทดลองของหน่วยบริการ พร้อมเอกสารประกอบ รวมทั้งทะเบียนคุมเจ้าหนี้

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวบัวขาว กะฐินใหม่ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
๒. นางสาวอัจฉรานันท์ บัณฑจิต ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๕** การบริหารการจ่ายเงิน : Defect debt น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. สสจ. แจ้งแนวทางการจัดทำมูลค่าเจ้าหนี้ที่ระยะเวลาเกินระยะเวลา ๙๐ วัน หารด้วย มูลค่าเจ้าหนี้ปีที่ผ่านมา ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๒. สสจ.ออกตรวจสอบงบทดลองพร้อมเอกสารประกอบงบการเงิน รวมทั้ง ทะเบียนคุมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓. เมื่อตรวจพบรายการผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน แจ้งให้หน่วยรับตรวจแก้ไขให้ถูกต้อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รพช. จัดทำมูลค่าเจ้าหนี้ที่ระยะเวลาเกินระยะเวลา ๙๐ วัน หารด้วย มูลค่าเจ้าหนี้ปีที่ผ่านมา ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๒. จัดทำทะเบียนคุมงบการเงินต่าง ๆ ให้ตรงกับงบการเงิน ๓. ตรวจสอบทะเบียนคุมให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถตรวจสอบได้

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๘ ประสิทธิภาพการบริหารค่าตอบแทนกำลังคน (พตส.) เบิกจ่ายทันเวลา (มากกว่า ร้อยละ ๙๐)

๒. คำนิยาม

การเบิกจ่ายค่าตอบแทนกำลังคน (พตส.) ให้ทันเวลา ภายในวันที่ ๑๕ ของเดือนถัดไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ผู้มีสิทธิได้รับค่าตอบแทน (พตส.) ตามสิทธิพึงมีให้ได้รับทันตามกำหนดเวลา	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัด ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิที่จะได้รับ ทันตามกำหนดเวลา

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบจัดการข้อมูลการเบิกจ่ายค่าตอบแทน “กำลังคนด้านสาธารณสุข” (โปรแกรม พ.ต.ส.สป.)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล จำนวนเงินค่าตอบแทนกำลังคน (พตส.) เบิกจ่ายประจำเดือน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนค่าตอบแทนกำลังคน (พตส.) ที่เบิกจ่ายทันเวลา ภายใน ๑๕ วันของเดือนถัดไป
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนค่าตอบแทนทั้งหมดในเดือนนั้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางจินตนา วงผักเบี้ย ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคล
๒. นางสุกัญญา รักภักดี ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** บริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗.๘** ร้อยละของผู้มีสิทธิได้รับค่าตอบแทน (พตส.) ตามสิทธิพึงมีให้ได้รับทันตามกำหนดเวลา	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รวบรวมเอกสารหน่วยงานในสังกัดส่งขออนุมัติเบิกเงิน ๒. ตรวจสอบเอกสารในระบบเบิกจ่าย พตส. พร้อมเสนออนุมัติ ๓. ตรวจสอบความถูกต้อง ชื่อ-สกุล ยอดเงิน พร้อมบันทึกอนุมัติจ่ายเงินในระบบโปรแกรม พตส. ๔. แจ้งให้หน่วยงานในสังกัด วางฎีกา ๓๕๐ เบิกค่าตอบแทน พตส.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. รวบรวมรายชื่อผู้มีสิทธิยื่นเอกสารเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติ ๒. คีย์ข้อมูลในระบบเบิกจ่าย พตส.พร้อมอนุมัติเบิกในระบบ ๓. วางฎีกา ๓๕๐ เบิกค่าตอบแทน พตส.
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๘ ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล

๒. คำนิยาม

ราคาต่อการรายงานผล หมายถึง ค่าน้ำยาตามจำนวนหน่วยบรรจุภัณฑ์ของน้ำยาตรวจวิเคราะห์โดยคำนวณ เป็น test ต่อหน่วยบรรจุภัณฑ์ และผู้ขายต้องชดเชยน้ำยาที่ใช้ในการทำ IQC, EQA, Calibration และชดเชยน้ำยาที่ไม่ได้จำนวน Test ตามที่ระบุไว้ข้างบรรจุภัณฑ์ รวมถึงการจัดหาเครื่องอัตโนมัติ ค่าการติดตั้ง การสอบเทียบการ Verification ระบบLaboratory Information System (LIS) Internal Quality Control (IQC) External quality Assessment (EQA) การฝึกอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ทุกระดับในการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ และ วัสดุอุปกรณ์ร่วมทั้งหมด รวมทั้งการบำรุงรักษา ซ่อมแซมและแก้ไข ค่าวัสดุอุปกรณ์ค่าอะไหล่ทั้งหมดเพื่อให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดีอยู่เสมอ

จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล ดังนี้

ขนาด S	จำนวน	๕๗ รายการ
ขนาด M๒, F๑	จำนวน	๓๒ รายการ
ขนาด F๒, F๓	จำวน	๒๕ รายการ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๕
ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	๖๐	๘๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์ และควบคุมมูลค่าการจัดซื้อให้มีความเหมาะสม ได้คุณภาพสูงสุด

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบการรายงานทางห้องปฏิบัติการ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ร้อยละโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	
รายการข้อมูล ๑	A =จำนวน รพ.ที่มีร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
รายการข้อมูล ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	
ขนาด S	(จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผลx100)/57
ขนาด M๒, F๑	(จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผลx100)/32
ขนาด F๒, F๓	(จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผลx100)/25

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายณรงค์ ภูนาขาว ตำแหน่ง นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
โรงพยาบาลมหาสารคาม
นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๘** ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กำหนดรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติตามระดับหน่วยบริการ ๒. ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัดเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ๓. นิเทศติดตาม รายงานข้อมูลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. จัดซื้อรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติตามรายการที่กำหนด ๒. รายงานผลการจัดซื้อต่อการรายงานตามรายการที่กำหนด ไตรมาสละ ๑ ครั้ง
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๔๕ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๙ คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. คำนิยาม

การบันทึกบัญชีของหน่วยงานในสังกัด จะต้องเป็นไปตามนโยบายการบันทึกบัญชีของกระทรวงสาธารณสุขและการส่งงบทดลองทันตามเวลาที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ร้อยละของคุณภาพบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดจัดทำระบบบัญชีได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสามารถส่งงบทดลองได้ทันตามกำหนดเวลา

๕. แหล่งข้อมูล

งบทดลองจากหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

ตรวจสอบงบทดลองของหน่วยบริการพร้อมเอกสารประกอบรวมทั้งทะเบียนคุมต่าง ๆ ตามแบบประเมินจำนวน ๒๑๗ ข้อ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวบัวขาว กะฐินใหม่ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
๒. นางสาวอัจฉรานันท์ บัณฑจิต ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ **โครงการที่ ๔๕ :** โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง **ตัวชี้วัดที่ ๑๓๙ :** คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ (ร้อยละ ๑๐๐)	**<u>แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด</u>** ๑. สสจ. แจ้งรายการตรวจสอบระหว่างกัน ให้กับ รพท. และ รพช. ตรวจสอบเพื่อบันทึกบัญชีให้ครบถ้วน. ๒. สสจ.ออกตรวจสอบงบทดลองพร้อมเอกสารประกอบงบการเงิน รวมทั้งทะเบียนคุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อตรวจพบรายการผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน แจ้งให้หน่วยรับตรวจแก้ไขให้ถูกต้อง
	<u>แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ</u> ๑. บันทึกบัญชีประจำเดือนตามรายการที่เกิดขึ้น ๒. รพช. แต่ละแห่ง แจ้งรายการระหว่างกัน ๓. จัดทำงบการเงินให้ถูกต้องตามหลักฐาน ๔. จัดทำทะเบียนคุมงบการเงินต่าง ๆ ให้ตรงกับงบการเงิน ๕. ตรวจสอบการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถตรวจสอบได้
	<u>แนวทางการดำเนินระดับตำบล</u> ๑. จัดส่งรายงานการรับ-จ่ายเงินให้ รพช.เพื่อนำไปบันทึกบัญชี ๒. จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวัน สมุดเงินสด ทะเบียนคุมเงินนอกงบประมาณ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ๓. จัดทำเอกสารการรับเงิน การเบิก-จ่ายเงิน ให้ถูกต้องตามระเบียบกำหนด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๖ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๐ จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ (CUP ละ ๑๕ เรื่อง)

๒. คำนิยาม

๑. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และให้บริการด้านสาธารณสุขได้

๒. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

๓. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษาวิจัย 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 สารระเหย เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น

๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

๙. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่างๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ (CUP ละ ๕ เรื่อง)	CUP ละ ๑๕ เรื่อง	CUP ละ ๒๐ เรื่อง	CUP ละ ๒๕ เรื่อง

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและองค์ความรู้ขององค์การ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๒. ฐานข้อมูลนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

ข้อมูลจำนวน/รายละเอียดของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ดร.รัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : rutchaneevipa@yahoo.com
๒. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๙๕-๒๔๒๔๑๕๑ E-mail : sirimaporn.tui@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๖ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๖** โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ **ตัวชี้วัดที่ ๑๔๐** จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ (CUP ละ ๑๕ เรื่อง)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัด และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับ CUP ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค แก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖ ๓. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ ๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัย ครอบคลุมระดับ รพ.สต./อำเภอ/จังหวัด ๕. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน ๖. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ๗. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลการวิจัย ทางเวปไซต์ สสจ.มหาสารคาม http://mkho.moph.go.th ๘. พัฒนาโปรแกรมการส่งผลงานวิชาการในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ๙. จัดมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๖ ๑๐. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และในระดับอำเภอ เพื่อส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ ในเวทีระดับต่างๆ เป็นการส่งเสริมพัฒนาและกระตุ้นการคิดค้นการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของผลงานวิชาการให้ได้คุณภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ ๑๑. กำหนดให้ R๒R เป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน และตัวชี้วัดของบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ CUP (Innovation) ๑๒. กำหนดให้การประเมินผลไตรมาสของกลุ่มงาน/ CUP/ รพ.สต.ทุกแห่ง เป็นการเสนอผลงานวิชาการประเภท Project Evaluation (Innovation) โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของระดับบุคคลด้วย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
	๑๓. บูรณาการกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ๑๔.กำหนดให้ R๒R เป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๑๕. มีการติดตามความก้าวหน้า ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ๑๖. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ ชื่อ “วิจัยสาธารณสุข_มค” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอมีประสิทธิภาพสูงสุด
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ ๓. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับอำเภอ ๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต. อำเภอ ๕. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน ๖. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน ๓. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๖ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๑ จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด

๒. คำนิยาม

งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง งานวิชาการและองค์ความรู้ทางสุขภาพที่ดำเนินการและเขียนผลงานตามเกณฑ์ทางวิชาการ ในจำนวน ๔ ประเภท คือ

๑. งานวิจัย (Research) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าใหม่อีกครั้ง เพื่อตอบคำถามหรือปัญหาสงสัยที่ผู้วิจัย ต้องการคำตอบหรืออยากรู้ด้วยระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เป็นที่ยอมรับเป็นสากล เชื่อถือได้ อ้างอิงได้ และอธิบายขั้นตอนการทำได้ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ทั้งนี้ให้รวมถึงงานวิจัยประเภทที่พัฒนามาจากงานประจำ (Routine to research –R๒R) โดย R๒R ให้ยึดกรอบและเกณฑ์ของงานวิจัย R๒R ที่สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒. นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง ความคิดการปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อนหรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม

๓. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process : CQI) หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

๔. การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นระบบบริหารเทคนิควิธีการต่างๆที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุด ดังนั้น Best Practice จึงไม่ใช่เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดีแต่เป็นการทำงานที่ดีกว่าหรือดีที่สุด ซึ่งมีทั้งการทำงานในเชิงระบบบริหารและเทคนิควิธีการต่างๆทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด

งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้ เทคโนโลยีใหม่ ทฤษฎีใหม่ โดยแบ่งเป็นประเภทงานวิจัย เช่น งานวิจัยแบ่งตามผลประโยชน์ แบ่งตามจุดมุ่งหมาย แบ่งตามกระบวนการเก็บข้อมูล แบ่งตามคุณลักษณะข้อมูล จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ

การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้น ทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

มีผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกที่เป็นเรื่องใหม่ในปีงบประมาณ อย่างน้อย ๑ เรื่อง และมีนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี อย่างน้อย ๕ เรื่อง

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (จำนวนเรื่อง) ๕ คะแนน	๑	๑
๒. จำนวน นวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี (จำนวนเรื่อง) ๕ คะแนน	๕	๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์ และส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การใช้ประโยชน์

๒. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีการพัฒนาระบบบริการงานด้านแผนไทยควบคู่กับการคิดสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ หรือการปฏิบัติที่ดี เผยแพร่สู่ระบบบริการสาธารณสุขในเครือข่ายทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๒. ข้อมูลจากผลงานวิจัย หรือนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดีในพื้นที่

๖. รายการข้อมูล

ข้อมูลจำนวน/รายละเอียดของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายบวร จอมพรรษา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗
นางสาวรัตนพร เสนาลาด	เภสัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔
นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙
นายสุริยา ขันทชาติ	แพทย์แผนไทย	โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๖ การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๖** โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ **ตัวชี้วัดที่ ๑๔๑** จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** 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 ๔. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย ๕. เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ๖. เข้าร่วมการนำเสนอผลงานวิจัย/นวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง
แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๗ : โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๒ ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย

๒. คำนิยาม

การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

กฎหมายที่สำคัญ หมายถึง กฎหมายในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่คณะกรรมการเครือข่ายนักกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายระดับกระทรวงพิจารณาคัดเลือกในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดดังนี้

๑. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑
๒. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒
๓. พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐
๔. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
๕. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙
๖. พระราชบัญญัติยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
๗. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม
๘. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๕๘
๙. พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐
๑๐. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ เป็นไปตามกฎหมาย	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุข มีประสิทธิภาพเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงานการบังคับใช้กฎหมาย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคดีทั้งหมดที่ส่งเปรียบเทียบปรับ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนคดีทั้งหมดที่ได้ทำการเปรียบเทียบปรับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสรินดา ศรีปน โทร. ๐๘๑ ๖๖๑ ๔๗๗๓

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๗ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๗** โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๔๒** ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ เป็นไปตามกฎหมาย (ร้อยละ ๑๐๐)	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. รับนโยบาย/กำหนดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๓. แต่งตั้งคณะทำงานสร้างเครือข่ายบังคับใช้กฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๔. จัดประชุมคณะทำงานฯ เพื่อชี้แจงแนวทางดำเนินงานและสรุปผลงานที่ผ่านมา ๕. เผยแพร่แนวปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ๖. พัฒนาความรู้ ให้คำปรึกษา กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านระบบ VDO conference โดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๗. การดำเนินการทางคดี กรณีที่ต้องไปกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวน หรือกรณีที่กฎหมายให้อำนาจในการเปรียบเทียบปรับได้ โดยพิจารณาจากการส่งเรื่องถึงพนักงานสอบสวนหรือการที่ได้รับเรื่องไว้เพื่อดำเนินการเปรียบเทียบแล้ว ๘. สรุปผลการดำเนินการ ๙. รายงานผลการดำเนินการ
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ๑. มีคณะทำงาน/เครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ๒. ดำเนินการตามมาตรการการเฝ้าระวังเกี่ยวกับพระราชบัญญัติที่รับผิดชอบ ๓. สรุปผลการดำเนินงาน ๔. รายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ดำเนินการตามมาตรการการเฝ้าระวังเกี่ยวกับพระราชบัญญัติที่รับผิดชอบ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๗ : โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๒.๑ ร้อยละของการบริหารสัญญารับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

ผลการดำเนินการบริหารสัญญาของผู้ผิดสัญญารับทุนการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์และสัญญาลาศึกษาต่อ โดยมีการตรวจสอบสัญญาและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีการคิดคำนวณค่าปรับ และออกหนังสือทวงถามไปยังผู้ผิดสัญญาฯ มีการชำระค่าปรับตามสัญญาภายในระยะเวลาที่กำหนด และการจัดส่งสำเนาเอกสารการชำระค่าปรับและรายงานกระทรวงสาธารณสุข เสร็จตามขั้นตอนและเวลา ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของการบริหารสัญญารับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การบริหารสัญญาฯ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงานเรื่องการบริหารสัญญาฯ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของการบริหารสัญญารับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนฯ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสัญญาฯ ที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จตามขั้นตอนภายในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสัญญาฯ ที่ดำเนินการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุพรรณี โสมาภา โทร. ๐๘๓ ๑๔๒ ๕๒๖๕

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	**แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks**
แผนงานที่ ๑๗ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๗** โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๔๒** ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กำหนดเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน ๒. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแนวทางการดำเนินการบริหารสัญญาฯ ๓. จัดทำเครื่องมือในการกำกับการบริหารสัญญาฯ ๔. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้ ๕. สำรวจและปรับปรุงเครื่องมือและแนวทางในการบริหารสัญญาฯ ๖. ประเมินผลการดำเนินงาน ๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ไม่มี
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence
แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๔๗ : โครงการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๒.๒ ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

เรื่องที่หน่วยงานภายนอกขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในการสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง แล้วได้ดำเนินการภายใน ๑๕ วัน หลังจากลงทะเบียนรับหนังสือ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินการสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงานเรื่องการดำเนินการสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่งได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = เรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = เรื่องสืบหาหลักทรัพย์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางชุดา สิงบุดดี ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน โทร. ๐๙๑-๘๒๗ ๕๕๕๙
นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๙๕-๖๑๐ ๓๓๓๘

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
กลุ่มกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ Six Building Blocks
แผนงานที่ ๑๗ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ **โครงการที่ ๔๗** โครงการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ **ตัวชี้วัดที่ ๑๔๒.๒** ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	**<u>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</u>** ๑. กำหนดเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน ๒. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน เพื่อวางแนวทางการดำเนินการสืบหาหลักทรัพย์ฯ ๓. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้ ๔. ประเมินผลการดำเนินงาน ๕. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</u> ไม่มี
	<u>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</u> ไม่มี