



การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ
จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
สู่การปฏิบัติการระดับอำเภอ (CUP)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
วันที่ ๒ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔
โรงแรมทักษิลา จังหวัดมหาสารคาม

<p>1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง • ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน • พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ SW.สต.</p>	<p>2. เศรษฐกิจสุขภาพ เพิ่มมูลค่านวัตกรรมผลิตภัณฑ์/บริการทางสุขภาพ มุ่งสู่การเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ</p>	<p>3. สมุนไพร ภัยสุขภาพ ภัยชุมชน พัฒนาพืชสมุนไพร ภัยสุขภาพ ภัยชุมชน ภัยครอบครัว และภัยปัญหาไทย</p>	<p>4. สุขภาพวิถีใหม่ Living with COVID-19</p>	
<p>นโยบายมุ่งเน้น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565</p>				<p>5. COVID-19 • Smart Control • Vaccine Coverage</p>
<p>9. องค์กรแห่งความสุข พัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพงานได้ผล คนเป็นสุข ปลออดภัยสร้างผู้นำรุ่นใหม่</p>	<p>8. ธรรมาภิบาล • ยึดหลักธรรมาภิบาล สุจริต โปร่งใส ประโยชน์ของประชาชน • พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) เป็นศูนย์กลางสุขภาพประชาชน</p>	<p>7. ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม • บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กรมชำน BMTEC. (Brain-Mental-Teeth -Eye&Ear -Cardio) • พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิต</p>	<p>6. ระบบบริการก้าวหน้า • ผลิตต้น 30 บริการสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเข้าถึง Smart&Innovative • พัฒนาระบบการแพทย์รองรับผู้ป่วยวิกฤต และบริการฉุกเฉิน • Innovative Healthcare Management : EMS (Environment modernize Smart Service)</p>	

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
เมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน
Goodness power, Healthy & Happiness City

งานยุทธศาสตร์สุขภาพ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๔๗๒ ต่อ ๓๑๓ โทรสาร. ๐ ๔๓๗๗ ๗๔๑๑

- ก -

คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนและรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ภายใต้กรอบ ๔ ด้าน Excellences ๑๔ แผนงาน ๓๘ โครงการ และ ๖๕ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานในกำกับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบนโยบาย แผนงาน โครงการ ตัวชี้วัด ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ให้กับผู้บริหารระดับจังหวัด เมื่อวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๔ มีจำนวน ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงาน ๓๘ โครงการ ๖๕ ตัวชี้วัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๕ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ และสอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในปัจจุบัน และสอดคล้องกับนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม และมีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๔ ของกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน ไปแล้วเมื่อวันที่ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ รวมทั้งการประชุมทบทวนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ภายใต้จำนวน ๖ ยุทธศาสตร์ ๑๗ แผนงาน ๔๙ โครงการ ๑๔๙ ตัวชี้วัด

หวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนและพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งหวังให้บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดต่อไป หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้งกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมที่จะรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ

๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

๑. ที่ปรึกษา

- | | |
|------------------------------|---|
| ๑. นายสมชายโชติ ปิยวัชรเวลา | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| ๒. นายหัสชา เน้อยทอง | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) |
| ๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมและพัฒนา) |
| ๔. นายวิเชียร ฉกาจนโรดม | ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ)
ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| ๕. นายวิวัฒน์ ศรีวัฒนา | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) |
| ๖. นายบุญถม ปาปะแพ | เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) |
| ๗. นายอุดม บุปผาทาเต | สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)
รักษาการในตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(ด้านบริการทางวิชาการ) |
| ๘. นายวิวัฒน์ ละอองทอง | หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป |
| ๙. นายสงัด เชื้อกลิ่นฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| ๑๐. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ |
| ๑๑. นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ |
| ๑๒. นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ | หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ |
| ๑๓. นางแจ่ม รัตนพันธ์ | หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข |
| ๑๔. นางไศมิตา จิตรวิภานต์ | หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ |
| ๑๕. นางเพชรวรรณ คุสกุศลรัตน์ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |
| ๑๖. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ | หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข |
| ๑๗. นางสุธิดา คณะมะ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล |
| ๑๘. นายประวัตติ แปลงมาลัย | หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย |
| ๑๙. นางสาวจตุจิต อินทร | หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด |
| ๒๐. นายบวร จอมพรรษา | หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| ๒๑. นางสาวมาลี ใหม่คามิ | หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ |

๒. ผู้รวบรวมเอกสาร

- | | |
|-------------------------------|---|
| ๑. นายสงัด เชื้อกลิ่นฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข |
| ๒. นางสาวรัชชานีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๓. นางวิจิตตา อิมสำอางค์ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๔. นางสาวภักนันทน์ เรืองช่อ | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ๕. นางสาวจิตติยา ญาณพิบูลย์ | นักวิชาการสาธารณสุข |

๓. ออกแบบปก

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ๑. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๒. นายสุเมธ ระโยธี | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ |

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	คำนำ	ก
	ที่ปรึกษา	ข
	สารบัญ	ง
	บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)	๑
	การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	๑๕
	ส่วนที่ ๑ การทบทวนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕	๒๖
	แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕	๒๗
	การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕	๓๐
	ส่วนที่ ๒ นิยามตัวชี้วัดและมาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน	๔๗
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	๔๘
	แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน	
	๑ ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ทุกกลุ่มวัย/ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	๕๐
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดีสู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)	๕๔
	แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)	
	๒ ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน	๕๖
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence)	๖๐
	แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	๖๒
	๓ ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอตามมาตรฐาน	๖๒
	๔ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์	๖๔
	๕ อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๖๕
	๖ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	๖๗
	๗ ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๖๘

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๘	อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	๖๙
๙	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	๗๐
๑๐	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	๗๑
	๑๐.๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ มีพัฒนาการสมวัย	๗๑
	๑๐.๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	๗๑
	๑๐.๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	๗๑
	๑๐.๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	๗๑
	๑๐.๕) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔	๗๑
๑๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๗๔
๑๒	ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน	๗๖
	๑๒.๑) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัม ต่อลิตร	๗๖
	๑๒.๒) ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	๗๖
๑๓	ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน	๗๘
	๑๓.๑) ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	๗๘
	๑๓.๒) ร้อยละของลานเล่นคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น	๗๘
๑๔	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	๘๒
๑๕	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	๙๓
๑๖	ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๙๗
๑๗	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	๑๐๔
๑๘	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๑๐๘
๑๙	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	๑๑๒
๒๐	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๙๗
๒๑	ร้อยละของการตั้งครรภ์ช้าของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑๑๔
๒๒	ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๑๑๙
๒๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๒๓
	๒๓.๑) ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจช่องปาก	๑๒๕
๒๔	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน	๑๒๘

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	๒๔.๑) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๑๒๘
	๒๔.๒) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๑๒๘
๒๕	ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๒
๒๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๔
	๒๖.๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๔
	๒๖.๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๓๔
๒๗	ผู้พิการได้รับการขึ้นทะเบียนหรือจดทะเบียนคนพิการ ร้อยละ ๑๐๐	๑๓๙
๒๘	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ (เป้าหมายประเทศ ๑๐,๐๐๐,๐๐๐ เป้าหมายศูนย์อนามัยที่ ๗ = ๗๕๙,๐๖๕)	๑๔๑
๒๙	จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์	๑๕๒
๓๐	กิจการ/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการสุขภาพวิธีใหม่	๑๕๓
แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		๑๕๔
๓๑	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๑๕๔
แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		๑๖๕
๓๒	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	๑๖๕
๓๓	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	๑๗๐
๓๔	ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	๑๗๔
๓๕	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	๑๗๘
๓๖	ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	๑๘๒
๓๗	ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑-๒๘ วัน	๑๘๖
๓๘	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	๑๘๖

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๓๙	ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	๑๘๖
๔๐	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ร้อยละ ๒.๘)	๑๘๙
๔๑	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ ๒๕.๕๐)	๑๙๕
๔๒	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๒๐๐
	๔๒.๑) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	๒๐๐
	๔๒.๒) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๒๐๐
๔๓	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	๒๐๒
๔๔	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	๒๐๖
๔๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	๒๐๙
๔๖	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	๒๑๕
๔๗	ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๒๑๙
๔๘	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๒๒๒
๔๙	ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	๒๒๕
๕๐	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	๒๒๘
๕๑	อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	๒๓๒
	*๕๑.๑ ตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market)	๒๓๒
	*๕๑.๒ อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)	๒๓๒
	*๕๑.๓ ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)	๒๓๒
	๕๑.๔ ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	๒๓๕
๕๒	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒๓๙
๕๓	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	๒๔๕
๕๔	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	๒๔๙

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๕๕	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต	๒๖๐
แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		๒๖๔
๕๖	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	๒๖๔
๕๗	* ร้อยละของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม	๒๖๙
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		๒๗๓
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)		๒๗๕
๕๘	** การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๗๕
๕๙	** ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน	๒๘๑
๖๐	* จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	๒๘๑
๖๑	ร้อยละของอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัด ด้วยกลไก พชอ.และหมอครอบครัว ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (๑) MCH/พัฒนาการ และ IQ (๒) OV/CCA (๓) DM/HT/CKD (๔) TO BE NUMBER ONE)	๒๘๕
๖๒	ร้อยละของตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (๑) MCH/พัฒนาการและ IQ (๒) OV/CCA (๓) DM/HT/CKD (๔) COVID-19 (๕) ยาเสพติด)	๒๘๙
๖๓	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	๒๙๒
๖๔	ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์	๒๙๔
๖๕	ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	๒๙๘
๖๖	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๓๐๔
๖๗	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๓๐๘
๖๘	ร้อยละของประชาชนที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓๑๑
๖๙	อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	๓๑๔

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
๗๐	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๓๒๔
	๗๐.๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	๓๒๔
	๗๐.๒) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	๓๒๔
๗๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๓๒๗
๗๒	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๓๓๑
	๗๒.๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	๓๓๑
	๗๒.๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๓๓๑
๗๓	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	๓๓๗
๗๔	อัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๓๓๗
๗๕	การดำเนินงานตามมาตรการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	๓๔๔
	๗๕.๑) จำนวนผู้ป่วยของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกจังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน ๕ คน/ประชากร ๑ ล้านคน/วัน	๓๔๔
	๗๕.๒) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศ	๓๔๔
	๗๕.๓) สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)	๓๔๔
	๗๕.๔) รพ.ระดับ A, S, M๑, M๒ ทุกแห่งมีการพัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิด-19 และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ	๓๔๔
๗๖	* ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓๕๕
๗๗	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	๓๖๑
๗๘	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (ปีปฏิทินที่ผ่านมา ใช้ข้อมูล ๑ ม.ค.-๓๑ ธ.ค. ๖๓ เท่ากับร้อยละ ๓๘.๗๓)	๓๖๑
๗๙	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	๓๖๔
๘๐	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓๖๙
๘๑	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	๓๗๓
๘๒	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๓๗๓

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๘๓	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๗๙
๘๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๓๘๔
๘๕	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๓๘๔
๘๖	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	๓๘๔
๘๗	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๓๙๑
๘๘	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ๘๘.๑) Re-fracture Rate	๓๙๘
๘๙	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษา ตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	๔๐๔
๙๐	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๔๑๑
๙๑	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๔๑๙
๙๒	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	๔๒๓
๙๓	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ในโรงพยาบาลระดับ A, S	๔๒๗
๙๔	ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	๔๓๐
๙๕	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและ ติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๔๒๔
๙๖	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	๔๔๐
๙๗	ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคหัวใจในถุงน้ำดีและ หรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	๔๕๙
๙๘	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ	๔๖๓
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		๔๖๙
๙๙	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ Fl๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	๔๖๙
๑๐๐	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	๔๗๓

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๑๐๑	อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	๔๗๓
๑๐๒	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	๔๗๗
๑๐๓	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๔๘๑
๑๐๔	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๔๘๕
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ		๔๘๙
๑๐๕	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	๔๘๙
	๑๐๕.๑) ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และ มะเร็งท่อน้ำดี มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (มีการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลมาตรฐาน กรมอนามัย)	๔๘๙
๑๐๖	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	๔๙๓
แผนงานที่ ๑๑ อุตสาหกรรมกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และ แพทย์แผนไทย		๔๘๕
๑๐๗	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๔๘๕
	๑๐๗.๑) เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน	๔๙๕
๑๐๘	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๕๐๐
๑๐๙	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่กำหนด	๕๐๐
๑๑๐	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น	๔๙๕
๑๑๑	ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรม การแพทย์ครบวงจร	๕๐๕
๑๑๒	มูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๕	๔๙๕
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)		๕๐๖
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		๕๐๘
๑๑๓	ร้อยละของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๐๘
๑๑๔	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๑๕
๑๑๕	ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	๕๒๐
๑๑๖	ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	๕๒๓
๑๑๗	ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๕๒๗

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๕๓๒
	แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๕๓๔
๑๑๘	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๕๓๔
๑๑๙	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	๕๓๘
๑๒๐	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	๕๔๑
๑๒๑	ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๔๖
๑๒๒	ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	๕๔๙
๑๒๓	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	๕๕๑
๑๒๔	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๕๕๘
๑๒๕	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	๕๖๒
๑๒๖	สถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	๕๖๗
๑๒๗	สถานบริการต้นแบบในการพัฒนานโยบาย EMS ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับสูง (The best)	๕๖๗
๑๒๘	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๕๖๘
	๑๒๘.๑) ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	๕๖๘
	๑๒๘.๒) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๕๖๘
	แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	๕๗๓
๑๒๙	ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	๕๗๓
๑๓๐	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	๕๗๕
๑๓๑	ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ ๘๐	๕๗๕
๑๓๒	ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	๕๗๙
๑๓๓	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	๕๘๐

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
๑๓๔	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	๕๘๒
๑๓๕	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	๕๘๔
	๑๓๕.๑) รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์	๕๘๔
แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		๕๙๓
๑๓๗	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	๕๙๓
๑๓๘	ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติ ในราคาต่อการรายงานผล	๕๙๘
๑๓๙	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ	๖๐๑
๑๔๐	คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ	๖๐๔
๑๔๑	โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	๖๐๗
๑๔๒	ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช.มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย	๖๐๗
แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ		๖๐๘
๑๔๓	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	๖๐๘
๑๔๔	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณ ทั้งหมด	๖๑๑
๑๔๕	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๖๑๓
๑๔๖	ร้อยละของจังหวัดที่มีการให้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	๖๒๐
๑๔๗	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางการแพทย์หรือการตลาด	๖๒๑
๑๔๘	ร้อยละของอำเภอที่มีการขยายผลนวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ	๖๒๔
แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ		๖๒๕
๑๔๙	ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย (๑) พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ (๓) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พรบ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พรบ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	๖๒๕
	๑๔๙.๑) ร้อยละของการบริหารสัญญา รับทุนการศึกษาและสัญญาการศึกษาเป็นไปตาม ขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๖๒๘
	๑๔๙.๒) ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายใน เวลาที่กำหนด	๖๓๐

บทสรุปผู้บริหาร
(Executive Summary)

ผลการพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔ และได้ประกาศถ่ายทอดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายการพัฒนาจังหวัดมหาสารคามและแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามปีงบประมาณ ๒๕๖๔ สู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ-ตำบล เมื่อวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๔ ยุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงาน ๔๔ โครงการ ๑๓๒ ตัวชี้วัด มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคามในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ และได้ประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการในระดับอำเภอเสร็จสิ้นแล้วเมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔ โดยจังหวัดมหาสารคาม มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดที่จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขปัญหายังอย่างต่อเนื่อง ๑๐ อันดับแรกของจังหวัด ได้แก่ (๑) NCD/Stroke/STEMI/CKD (๒) พัฒนาการ/IQ/EQ เด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน (๓) การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (๔) การติดเชื้อในกระแสเลือด (๕) อุบัติเหตุทางถนน (๖) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (๗) วัณโรค (๘) มะเร็งปอด (๙) การจมน้ำ (๑๐) โรคมะเร็งเต้านม

การวิเคราะห์อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) เมื่อแรกเกิดของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ๕ ปี ย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ มีค่า LE เท่ากับ ๗๕.๑๘, ๗๔.๙๘, ๗๕.๘๑, ๗๕.๑๖ และ ๗๕.๖๑ ปี ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยของประชาชนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่น มีอายุคาดเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ ๗๖.๑๙ ปี รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ด เท่ากับ ๗๕.๖๔ ปี จังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ ๗๕.๖๑ ปี และจังหวัดกาฬสินธุ์ ๗๔.๘๖ ปี ตามลำดับ โดยภาพรวมอายุคาดเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ ๗ ย้อนหลัง ๕ ปี ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ เท่ากับ ๗๔.๘๔, ๗๕.๑๖, ๗๕.๗๙, ๗๕.๒๘, ๗๕.๖๘ ปี ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์อายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) เมื่อแรกเกิดจำแนกตามเพศของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ๕ ปี ย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ พบว่า เพศชาย มีค่า LE เท่ากับ ๗๑.๖๐, ๗๑.๘๕, ๗๒.๔๑, ๗๑.๓๕ และ ๗๒.๒๑ ปี ตามลำดับ ซึ่งเพศชายมีแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ส่วนเพศหญิง มีค่า LE เท่ากับ ๗๘.๙๒, ๗๘.๓๑, ๗๙.๓๘, ๗๙.๒๖ และ ๗๙.๒๕ ซึ่งเพศหญิงมีแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยในภาพรวมระดับประเทศสุขภาพของคนไทยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยพิจารณาจากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พบว่า คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น จาก ๗๓.๙ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๕.๗ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ โดย

เพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดน้อยกว่าเพศหญิง คาดว่า ใน พ.ศ. ๒๕๗๓ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดจะเป็น ๗๗.๕ ปี

การวิเคราะห์อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เมื่อแรกเกิดของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ๕ ปี ย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ มีค่า HALE เท่ากับ ๖๘.๙๑, ๖๘.๗๒, ๖๙.๓๘, ๖๘.๘๔ และ ๖๙.๑๘ ปี ตามลำดับ ซึ่งจะพบว่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชาชนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ ๗ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พบว่า จังหวัดขอนแก่น มีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีสูงสุดเท่ากับ ๖๙.๕๘ ปี รองลงมาคือจังหวัดร้อยเอ็ด เท่ากับ ๖๙.๒๔ ปี จังหวัดมหาสารคาม เท่ากับ ๖๙.๑๘ ปี และจังหวัดกาฬสินธุ์ ๖๘.๕๘ ปี ตามลำดับ โดยภาพรวมอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๗ ย้อนหลัง ๕ ปี ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ เท่ากับ ๖๘.๖๑, ๖๘.๘๔, ๖๙.๒๙, ๖๘.๙๔ และ ๖๙.๒๒ ปี ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อวิเคราะห์อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เมื่อแรกเกิดแยกตามเพศ ของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ๕ ปี ย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ เพศชาย มีค่า HALE เท่ากับ ๗๑.๖๐, ๗๑.๘๕, ๗๒.๔๑, ๗๑.๓๕ และ ๗๒.๒๑ โดยเพศชายมีแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย ส่วนเพศหญิง มีค่า HALE เท่ากับ ๗๕.๑๘, ๗๔.๙๘, ๗๕.๘๑, ๗๕.๑๖ และ ๗๕.๖๑ โดยเพศหญิงมีแนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อย สำหรับอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของคนไทย พบเพศชายเพิ่มขึ้นจาก ๖๕.๐ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๖๘.๐ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ และเพศหญิงเพิ่มขึ้นจาก ๖๘.๘ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๒ เป็น ๗๒.๓ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๓ เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนทั้งอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ประเทศไทยจัดอยู่ในลำดับที่ ๔ รองจากประเทศสิงคโปร์ บรูไน และเวียดนาม

การวิเคราะห์จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost-YLLs) จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามเพศ และกลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ย้อนหลัง ๓ ปี ระหว่างพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ เพศชาย พบว่า มีค่า YLLs เท่ากับ ๓๖,๔๔๒ ปี, ๔๐,๖๘๘ ปี และ ๓๘,๘๐๗ ปี ตามลำดับ มีแนวโน้มการสูญเสียเพิ่มสูงขึ้น โดยเมื่อวิเคราะห์กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุจากการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒๐ ลำดับ ได้แก่ (๑) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน ๕,๓๙๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๘๙ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของเพศชาย (๒) โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๔,๔๕๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๔๙ (๓) โรคไตอักเสบและไตพิการ จำนวน ๓,๓๑๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๕ (๔) โรคมะเร็งตับ จำนวน ๓,๑๖๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘.๑๖ (๕) อุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๒,๙๘๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๘ (๖) โรคเบาหวาน จำนวน ๒,๗๖๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗.๕๓ (๗) ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหารอื่นๆ จำนวน ๒,๕๑๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๙ (๘) โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๒,๐๑๗ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๐ (๙) ภาวะตับแข็ง จำนวน ๑,๘๔๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๑๕ (๑๐) โรคมะเร็งหลอดลมและปอด จำนวน ๑,๕๘๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๐๙ (๑๑) โรคมะเร็งอื่นๆจำนวน ๑,๓๕๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๘๙ (๑๒) วัณโรค จำนวน ๑,๒๗๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๓ (๑๓) การทำร้ายตนเอง จำนวน ๑,๒๕๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๒ (๑๔) โรคมะเร็งถุงน้ำดี จำนวน ๑,๐๙๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๒ (๑๕) การจมน้ำ จำนวน ๘๔๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๕ (๑๖) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ จำนวน ๘๒๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒.๒๘ (๑๗) การบาดเจ็บอื่นๆ โดยไม่ได้ตั้งใจ จำนวน ๖๑๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๖๘ (๑๘) โรคติดเชื้อและปรสิต

การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ สู่การปฏิบัติระดับอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

อื่นๆ จำนวน ๕๔๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๙ (๑๙) โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว จำนวน ๔๘๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๔ และ (๒๐) การพลัดตกหรือล้ม จำนวน ๔๖๗ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๒๐

ส่วนเพศหญิง พบว่ามีค่า YLLs ย้อนหลัง ๓ ปี ระหว่างพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ เท่ากับ ๒๑,๙๘๘ ปี, ๒๓,๘๙๘ ปี และ ๒๓,๓๖๖ ปี ตามลำดับ มีแนวโน้มการสูญเสียเพิ่มสูงขึ้น โดยเมื่อวิเคราะห์กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุจากการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒๐ ลำดับ ได้แก่ (๑) โรคไตอักเสบและไตพิการ จำนวน ๓,๕๔๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๑๖ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของเพศหญิง (๒) โรคเบาหวาน จำนวน ๓,๕๑๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๐๕ (๓) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน ๒,๙๐๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๔๑ (๔) โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒,๒๘๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๘ (๕) โรคมะเร็งตับ จำนวน ๑,๒๐๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๑๕ (๖) โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑,๐๗๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๖๑ (๗) โรคมะเร็งเต้านม จำนวน ๑,๐๖๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๕ (๘) อุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๙๘๗ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๒๒ (๙) โรคมะเร็งหลอดลมและปอด จำนวน ๙๔๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๐๓ (๑๐) ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหารอื่นๆ จำนวน ๙๓๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๐๐ ปี (๑๑) โรคมะเร็งถุงน้ำดี จำนวน ๘๗๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๓ (๑๒) โรคมะเร็งอื่นๆ จำนวน ๘๖๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๗๐ (๑๓) โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ จำนวน ๔๔๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๐ (๑๔) โรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน ๔๔๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๘๙ (๑๕) วัณโรค จำนวน ๔๑๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๘ (๑๖) ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้ออื่นๆ จำนวน ๔๐๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๕ (๑๗) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ จำนวน ๓๙๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๖๗ (๑๘) โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๓๖๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๖ (๑๙) โรคมะเร็งในระบบประสาทส่วนกลาง จำนวน ๓๖๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๖ (๒๐) โรคมะเร็งรังไข่ จำนวน ๓๕๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๑

เมื่อวิเคราะห์จำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost-YLLs) ภาพรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ย้อนหลัง ๓ ปี ระหว่างพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ พบว่ามีค่า YLL เท่ากับ ๕๘,๕๔๒ ปี, ๖๓,๙๒๔ ปี และ ๖๑,๑๐๐ ปี ตามลำดับ มีแนวโน้มการสูญเสียเพิ่มสูงขึ้น โดยเมื่อวิเคราะห์กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุจากการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๒๐ ลำดับ ได้แก่ (๑) การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน ๘,๒๘๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๕๗ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม (๒) โรคไตอักเสบและไตพิการ จำนวน ๖,๘๖๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒๓ (๓) โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๖,๗๔๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๐๔ (๔) โรคเบาหวาน จำนวน ๖,๒๘๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๒๙ (๕) โรคมะเร็งตับ จำนวน ๔,๓๖๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗.๑๕ (๖) อุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๓,๙๖๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖.๔๙ (๗) ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหารอื่นๆ จำนวน ๓,๔๕๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๖๕ (๘) โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๓,๐๙๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๐๖ (๙) โรคมะเร็งหลอดลมและปอด จำนวน ๒,๕๓๐ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๑๔ (๑๐) โรคมะเร็งอื่นๆ จำนวน ๒,๒๒๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๔ (๑๑) ภาวะตับแข็ง จำนวน ๒,๑๘๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๕๘ (๑๒) โรคมะเร็งถุงน้ำดี จำนวน ๑,๙๖๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๓.๒๒ (๑๓) วัณโรค จำนวน ๑,๖๙๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๗ (๑๔) การทำร้ายตนเอง จำนวน ๑,๔๙๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๒.๕๕ (๑๕) โรคหัวใจและหลอดเลือดอื่นๆ จำนวน ๑,๒๑๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๙ (๑๖) โรคมะเร็งเต้านม จำนวน ๑,๐๖๓ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๔ (๑๗) การจมน้ำ จำนวน ๑,๐๔๘ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๗๑ (๑๘) โรคติดเชื้อและปรสิตอื่นๆ จำนวน ๙๘๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๖๑ (๑๙) ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้ออื่นๆ

จำนวน ๘๒๗ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๕ (๒๐) การบาดเจ็บอื่นๆ โดยไม่ได้ตั้งใจ จำนวน ๘๐๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑.๓๒

จากการเปรียบเทียบจำนวนปีที่สูญเสียไปก่อนวัยอันควร (Year of Life Lost-YLL) ภาพรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงของประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๗ ย้อนหลัง ๓ ปี ระหว่างพ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๓ พบว่ามีค่า YLL เท่ากับ ๒๙๘,๐๕๔ ปี, ๓๒๘,๗๗๔ ปี และ ๓๑๕,๘๘๓ ปี ตามลำดับ มีแนวโน้มการสูญเสียเพิ่มสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุจากการเสียชีวิต ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ได้แก่ (๑) โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง จำนวน ๔๐,๐๐๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๖๖ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรประชาชนในเขตสุขภาพที่ ๗ (๒) โรคไตอักเสบและไตพิการ จำนวน ๖๓,๖๔๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๖๐ (๓) โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๓๔,๒๙๗ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๘๖ (๔) โรคมะเร็งตับ จำนวน ๒๖,๙๓๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๓ (๕) โรคเบาหวาน จำนวน ๒๒,๙๔๗ ปี คิดเป็นร้อยละ ๗.๒๖ (๖) อุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๒๑,๐๔๔ ปี คิดเป็นร้อยละ ๖.๖๖ (๗) โรคหัวใจขาดเลือด จำนวน ๑๖,๖๗๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕.๒๘ (๘) ภาวะตับแข็ง จำนวน ๑๕,๕๙๒ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๙๔ (๙) ความผิดปกติทางระบบย่อยอาหารอื่นๆ จำนวน ๑๕,๒๗๖ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๘๔ (๑๐) โรคมะเร็งหลอดลมและปอด จำนวน ๑๔,๒๑๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๐ เมื่อวิเคราะห์เป็นรายจังหวัด พบว่า โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของจังหวัด มหาสารคาม ขอนแก่น และร้อยเอ็ด คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๕๗, ๑๔.๐๖ และ ๑๐.๓๐ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดกาฬสินธุ์ สาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรคือโรคไตอักเสบและไตพิการ คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๑๒ สาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรองลงมาของจังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดขอนแก่น คือ โรคไตอักเสบและไตพิการ คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒๓ และ ๑๑.๔๐ ตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ดคือโรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๒๗ และจังหวัดกาฬสินธุ์ คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๕๕

การดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคามในปี ๒๕๖๔ ที่ผ่านมา ในประเด็นตัวชี้วัดการดำเนินงานที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของจังหวัดมหาสารคาม ได้แก่

การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ร้อยละ ๕๙.๔๘ สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกินร้อยละ ๑๗) และสูงเป็นอันดับที่ ๓ ของเขตสุขภาพที่ ๗ ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๘๘.๑๘ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ ๙๐) สูงเป็นลำดับที่ ๓ ของเขตสุขภาพที่ ๗ มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๗.๐๙ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๘๕) สูงเป็นลำดับที่ ๔ ของเขตสุขภาพที่ ๗ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๔๖.๐๗ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๒๐) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๓.๙๖ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๙๐) สูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗ เด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔๑ ร้อยละ ๗๖.๐๖ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๖๐) สูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ผลงานร้อยละ ๖๘.๔๐ ผ่านเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๒) ต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี เพศชาย ๑๑๐.๓๔ ซม. และเพศหญิง

๑๐๙.๔๗ ชม. ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดทั้งเพศชายและเพศหญิง (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ช.๑๑๓ ชม./
ญ.๑๑๒ ชม.)

อัตราส่วนการตายมารดาในภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีอัตราส่วน
การตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนอยู่ที่ ๒๐.๙๙, ๒๗.๗๑ และ ๔๐.๗๒ ตามลำดับ โดย ๓ ปีซ้อนหลัง
เขตสุขภาพที่ ๗ มีแนวโน้มการเสียชีวิตของมารดาเพิ่มขึ้น ส่วนภาพจังหวัดมหาสารคามในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔
มีอัตราการเสียชีวิตของมารดา ๑๗.๐๙, ๑๗.๘๙ และ ๕๙.๔๘ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ โดยมี
แนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับภาพเขตสุขภาพที่ ๗ เช่นกัน ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า
มารดาตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ และลดลง เป็น ๑๙.๙ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทยมีอัตราส่วนการตายน้อยเป็น
อันดับ ๒ รองจากประเทศสิงคโปร์

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ผลงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ตั้งแต่
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผลงานเกินกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๘๕) คือ ร้อยละ ๙๗.๘๖, ๙๘.๐๖
และ ๙๗.๓๗ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีผลงานเกินกว่าค่าเป้าหมายสอดคล้องกับภาพเขต
โดยปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผลงานเท่ากับ ๙๘.๑๑, ๙๗.๖๑ และ ๙๗.๐๙ ตามลำดับ ในภาพรวมระดับประเทศ
พบว่า เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรกและหลังการติดตามเพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๗๘.๐ ใน พ.ศ.
๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๘๗.๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ บรรลุค่าเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ ๘๕)

ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ผลงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๗
ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เท่ากับร้อยละ ๙๒.๐๓, ๙๕.๔๖ และ ๘๙.๙๒ ตามลำดับ ส่วนจังหวัด
มหาสารคามผลงาน ๓ ปีซ้อนหลัง เท่ากับ ๙๒.๙๖, ๙๕.๓๕ และ ๘๘.๑๘ ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มในปี
๒๕๖๔ มีแนวโน้มการคัดกรองพัฒนาการที่ลดลง สอดคล้องกับเขตสุขภาพที่ ๗

เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ผลงานภาพเขตสุขภาพ
ที่ ๗ มีผลงานผ่านค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๒๐) ใน ๓ ปีซ้อนหลัง (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) โดยมีผลงานเท่ากับ
๓๓.๓๒, ๓๘.๙๗ และ ๔๐.๖๑ ตามลำดับ สอดคล้องกับจังหวัดมหาสารคามมีผลงาน คือ ๓๙.๗๑, ๔๒.๓๓
และ ๔๖.๐๗ ตามลำดับ ซึ่งการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นในทุกปีทั้งภาพเขตและ
จังหวัดมหาสารคาม

เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ผลงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๗
ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผลงานเกินกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐) คือ ร้อยละ ๙๔.๒๑,
๙๕.๑๘ และ ๙๓.๙๗ ตามลำดับ ในส่วนผลงานของจังหวัดมหาสารคามมีผลงานเท่ากับร้อยละ ๙๕.๖๕,
๙๔.๒๙ และ ๙๓.๙๖ ตามลำดับ ซึ่งมีผลงานที่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่มีแนวโน้มการดำเนินงานที่ลดลง
เล็กน้อย

เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือ
มาตรฐาน ผลงาน ๓ ปีซ้อนหลัง ของเขตสุขภาพที่ ๗ มีค่าผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ ๖๐) และมีแนวโน้ม
ที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ ๖๒.๗๗, ๗๙.๓๕ และ ๘๑.๓๓ ตามลำดับ สอดคล้องกับจังหวัดมหาสารคามที่มี
แนวโน้มการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ ๖๙.๗๐, ๗๘.๗๒ และ ๗๖.๐๖ ตามลำดับ ในภาพรวม
ระดับประเทศ เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 มีความครอบคลุม
เพียงร้อยละ ๕๓.๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ภาพเขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๓ ปีซ้อนหลัง (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) คือ ร้อยละ ๖๒.๖๘, ๗๓.๒๙ และ ๗๒.๗๕ ตามลำดับ สอดคล้องกับจังหวัดมหาสารคาม ที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกปี คือ ร้อยละ ๕๙.๓๑, ๖๘.๐๗ และ ๖๘.๔๐ ตามลำดับ ในภาพรวมระดับประเทศ พัฒนาการด้านสูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ ๕๙.๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๕๘.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๖๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ เด็กจังหวัดมหาสารคามมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๕ จุด ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๑๐๐ จุด) สูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๑๐.๒๑ ผ่านเกณฑ์ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๗ ต่อพัน) ต่ำที่สุดของเขตสุขภาพที่ ๗ และร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ร้อยละ ๑๐.๕๘ ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ ๕๗)

เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ ในภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เด็กมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๔ จุด ทั้ง ๓ ปี ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด สอดคล้องกับจังหวัดมหาสารคาม ที่ยังมีผลงานไม่ผ่านตามเกณฑ์ คือ เด็กจังหวัดมหาสารคามมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยเท่ากับ ๙๕ จุด ในภาพรวมระดับประเทศ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๔ และ พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย ๙๔.๖ ใน พ.ศ. ๒๕๕๔ และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น ๙๘.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งต่ำกว่าค่าเกณฑ์มาตรฐานสากล (IQ=๑๐๐) มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป ร้อยละ ๘๓.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อพันคน เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คือ อัตราการคลอดมีชีพ ๑๗.๙๘, ๑๘.๓๗ และ ๑๓.๔๘ ต่อพันคน ซึ่งมีค่าผ่านตามเกณฑ์เป้าหมาย สอดคล้องกับจังหวัดมหาสารคามที่มีผลงานอัตราการคลอดมีชีพเท่ากับ ๑๑.๗๕, ๑๕.๑๙ และ ๑๐.๒๑ ต่อพันคน ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลงานในระดับเขตสุขภาพและจังหวัดมหาสารคาม พบว่าจังหวัดมหาสารคามมีค่าผลงานที่ดีกว่าภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า อัตราการคลอดมีชีพต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ลดลงจาก ๔๔.๘ ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ เป็น ๓๕.๐ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ใน พ.ศ. ๒๕๖๔ (ไม่เกิน ๓๔ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี)

กลุ่มวัยทำงาน ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จังหวัดมหาสารคาม ผลงานในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ คือ มีค่าดัชนีมวลกายร้อยละ ๕๐.๘๗ และ ๕๐.๗๒ ตามลำดับ มีแนวโน้มดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย ซึ่งต่ำกว่าภาพเขตสุขภาพที่ ๗ โดยมีผลงานมีค่าดัชนีมวลกายในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ เท่ากับร้อยละ ๕๑.๘๙ และ ๕๒.๓๘ ตามลำดับ โดยพบว่าจังหวัดมหาสารคามมีค่าต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ เมื่อเปรียบเทียบผลงานในระดับประเทศ พบว่า ค่าดัชนีมวลกายในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ เท่ากับร้อยละ ๔๘.๔๐ และ ๔๘.๐๒ ตามลำดับ ซึ่งพบว่า จังหวัดมหาสารคามมีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าระดับประเทศ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๗)

กลุ่มวัยผู้สูงอายุ ร้อยละของประชากรสูงอายุมิมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๔๗.๖๗ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ ๕๐) สูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ ๙๖.๖๗ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๘๕) สูงเป็นลำดับที่ ๓ ของเขตสุขภาพที่ ๗

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ในระดับเขตสุขภาพที่ ๗ ผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีแนวโน้มที่ดีขึ้น คือ ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีร้อยละ ๙๘.๔๘, ๙๙.๐๙ และ ๙๙.๒๔ ตามลำดับ โดยสอดคล้องกับจังหวัดมหาสารคามที่มีผลการดำเนินงานดีขึ้นทุกปี โดยในปี ๒๕๖๒ มีตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร้อยละ ๙๘.๕๐ ส่วนปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ทุกตำบลมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ร้อยละ ๑๐๐) ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น จากร้อยละ ๕๑.๑ (๓,๗๐๙ จาก ๗,๒๕๕ ตำบล) ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๘๖.๖ (๖,๒๘๒ จาก ๗,๒๕๕ ตำบล) ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ใน พ.ศ. ๒๕๖๔

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๘๐)

ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (พชอ.) โดยผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง (พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔) เขตสุขภาพที่ ๗ มีอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐, ๙๔.๘๑ และ ๑๐๐ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคามในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๑๐๐) ทุกปี ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า การดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อการจัดการปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ สิ่งแวดล้อม ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง อุบัติเหตุ ครบทุกอำเภอจำนวน ๘๗๘ อำเภอ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ จำนวน ๕๘๒ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๘๐) และที่ผ่านมาได้กำหนดประเด็นคุณภาพชีวิตและขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหา ๒,๔๕๔ โครงการ

การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๔.๙๘ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๖๐) สูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗ และความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๒.๙๙ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๗๐) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ร้อยละ ๕๐ จังหวัดละ ๒ ชุมชน) ซึ่งดำเนินงานจำนวน ๒ ชุมชน ได้แก่ บ้านโนนแสง ต.ขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย และบ้านหนองฮี ตำบลเมืองเตา อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น ร้อยละ ๔๖.๑๕ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ ๗๐) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละ ๖๖.๖๕ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr ร้อยละ ๖๑.๖๒ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๖๖) ต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗

ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ในปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานมากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๓๐) คือ ร้อยละ ๘๑.๒๒ ในปี ๒๕๖๔ มีผลงานร้อยละ ๖๘.๘๒ มากกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ ๖๐) ซึ่งมีแนวโน้มการติดตามลดกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน ส่วน

จังหวัดมหาสารคาม ในปี ๒๕๖๓ มีผลงานร้อยละ ๗๔.๓๓ และปี ๒๕๖๔ มีผลงานร้อยละ ๗๔.๘๙ ซึ่งมีผลงานมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ ปี ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงฯ ลดลงเหลือร้อยละ ๑.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ บรรลุค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๒.๑๖ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔) อีกทั้ง พบผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๓.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๒๘.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับเสี่ยง (\geq ร้อยละ ๔๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานสูงกว่าค่าเป้าหมายในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ คือ ร้อยละ ๘๘.๗๔ (เป้าหมายร้อยละ ๕๒) และร้อยละ ๘๖.๖๐ (เป้าหมายร้อยละ ๗๐) ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าระดับเขตทั้ง ๒ ปี คือ ร้อยละ ๘๙.๙๙ และร้อยละ ๙๓.๐๐ ตามลำดับ ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ผู้เสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๖.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นร้อยละ ๕๑.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ บรรลุค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๔๐) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๓๖.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๔๔.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (มากกว่าร้อยละ ๕๐) อีกทั้ง พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๖.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๔๔.๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (\geq ร้อยละ ๕๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ผลงานภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ ยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ (ร้อยละ ๖๖) โดยมีผลงานร้อยละ ๕๙.๗๑, ๖๒.๘๑ และ ๖๓.๐๘ ตามลำดับ แต่มีแนวโน้มการดำเนินงานที่เพิ่มขึ้น ในส่วนจังหวัดมหาสารคามมีผลงานร้อยละ ๖๐.๑๐, ๖๕.๔๖ และ ๖๑.๖๒ ตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ จังหวัดมหาสารคามมีผลงานมากกว่าระดับเขต แต่ในปี ๒๕๖๔ จังหวัดมหาสารคามมีผลงานที่ต่ำกว่าระดับเขต ในภาพรวมระดับประเทศ พบลดลงจากร้อยละ ๖๓.๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๖๐.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๖๙ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดี-ดีมาก ร้อยละ ๑๐๐ และระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๖๙.๒๓ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control ร้อยละ ๑๑๐ ในการพัฒนาโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นไปตามหลักสุขภาพปลอดภัยอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมด้วยกิจกรรม GREEN กลยุทธ์ CLEAN พบว่า ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ โรงพยาบาล Plus ร้อยละ ๒๕.๖ (๒๔๕ แห่ง) รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ ๔๕.๑ (๔๓๒ แห่ง) ระดับดี ร้อยละ ๒๔.๗ (๒๓๗ แห่ง) และระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๔.๖ (๔๔ แห่ง)

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ มีผลงานร้อยละ ๑๐๐ ทั้งจังหวัดมหาสารคามและเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานร้อยละ ๙๓.๘๓ มากกว่าจังหวัดมหาสารคามที่มีผลงานร้อยละ ๖๙.๒๓ ในส่วนปี ๒๕๖๔ มีผลงานร้อยละ ๑๐๐ ทั้งจังหวัดมหาสารคามและเขตสุขภาพที่ ๗

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานร้อยละ ๗๖.๕๔ มากกว่าจังหวัดมหาสารคามที่มี

ผลงานร้อยละ ๖๙.๒๓ ปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานร้อยละ ๗๗.๗๘ มากกว่าจังหวัดมหาสารคาม ที่มีผลงานร้อยละ ๖๙.๒๓ ในส่วนปี ๒๕๖๔ จังหวัดมหาสารคามมีผลงานร้อยละ ๑๐๐ มากกว่า เขตสุขภาพที่ ๗ ที่มีผลงาน ๙๒.๕๙

ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก plus ปี ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคามมีผลงานร้อยละ ๖๙.๒๓ มากกว่าเขตสุขภาพที่ ๗ ที่มีผลงาน ๒๔.๖๙ ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ จังหวัดมหาสารคามมีผลงานร้อยละ ๖๙.๒๓ มากกว่า เขตสุขภาพที่ ๗ ที่มีผลงาน ๔๑.๙๘

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ ร้อยละ ๖๘.๖๐ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๓) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ ๑๐๐ สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า มีคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ เป็น ๑,๑๘๐ ทีมสะสม ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ดูแลประชาชนกว่า ๑๐ ล้านคน ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับวิกฤต (๓,๒๕๐ ทีม)

การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (คลินิกหมอครอบครัว) ในปี ๒๕๖๒ เขตสุขภาพที่ ๗ มีจำนวนร้อยละ ๔๕.๙๗ ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีร้อยละ ๖๕.๒๒ ในปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๗ มีจำนวนร้อยละ ๔๕.๖๕ จังหวัดมหาสารคามมีจำนวนผลงานร้อยละ ๔๘.๘๔ และ ในปี ๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๗ มีจำนวนร้อยละ ๕๓.๙๖ ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีร้อยละ ๖๘.๖๐ โดย ผลงานของจังหวัดมหาสารคามมีจำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิมากกว่าเขตสุขภาพที่ ๗ ในทุกปี

ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปี ๒๕๖๓ เขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานร้อยละ ๙๙.๙๒ และในปี ๒๕๖๔ มีผลงานร้อยละ ๙๙.๒๖ ส่วนจังหวัดมหาสารคามในปี ๒๕๖๓ มีผลงานร้อยละ ๑๐๐.๐๕ และปี ๒๕๖๔ มีผลงานร้อยละ ๑๐๔.๖๗ ซึ่งมีแนวโน้มการดำเนินงานที่ดีขึ้นและมีผลงานมากกว่าภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ทุกปี

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ อัตราตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ ๑.๑๘ ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ ๗) ซึ่งมาอัตราตายต่ำที่สุดใน เขตสุขภาพที่ ๗ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ ๘๒.๘๐ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕) ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัส โควิด ๒๐๑๙ (COVID-19) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ของจังหวัดมหาสารคาม ร้อยละ ๐.๓๒ (๓๐ ราย) ต่ำผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ต่ำกว่าร้อยละ ๑.๔๐) เสียชีวิตน้อยที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ ๘๘.๖๙ ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ มากกว่า ร้อยละ ๖๐) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๐๐ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๗๑) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ ๗.๒๘ ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ ๘) ต่ำเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗ อัตราการเสียชีวิตจาก ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis ร้อยละ ๓๒.๘๕ (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๒๖) อัตราเสียชีวิตสูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขต สุขภาพที่ ๗ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ร้อยละ ๕.๙๒ สูงกว่า เกณฑ์เล็กน้อย (น้อยกว่าร้อยละ ๕) มีอัตราตายสูงเป็นลำดับที่ ๒ ของเขตสุขภาพที่ ๗

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลงานภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คือ ๓.๗๐, ๓.๔๒ และ ๔.๐๖ ต่อพันประชากร ซึ่งมีค่าผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ ๗) ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีผลงานผ่านเกณฑ์ทุกปี คือ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓.๓๑, ๐.๔๒ และ ๑.๑๘ ต่อพันประชากร เมื่อเทียบกับผลงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๗ จะเห็นว่าจังหวัดมหาสารคามมีผลงานที่ดีกว่าภาพเขตสุขภาพที่ ๗ คือ มีจำนวนผู้เสียชีวิตน้อยกว่าภาพรวมของเขตทุกปี ส่วนในภาพรวมของประเทศ พบว่า อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ คงที่ระหว่าง ๓๑.๔-๓๑.๘ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ต่ำกว่าเป้าหมายระดับเสียง (ไม่เกิน ๒๔ ต่อแสนประชากร)

อัตราความสำเร็จของการรักษาโรคปอดตายใหม่ ผลงานภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ คือ ๘๑.๘๘, ๘๕.๘๕ และ ๘๒.๗๒ ตามลำดับ ส่วนผลงานของจังหวัดมหาสารคาม คือ ๘๕.๖๕, ๘๕.๑๕ และ ๘๒.๘ ตามลำดับ โดยแนวโน้มของจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มการดำเนินงานที่ลดลง เมื่อเทียบกับเขตสุขภาพที่ ๗ พบว่าจังหวัดมหาสารคามมีผลงานใกล้เคียงกับเขตสุขภาพที่ ๗ ในภาพรวมของประเทศ พบว่า อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดตายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มีแนวโน้มคงที่ ระหว่าง ร้อยละ ๘๕.๐-๘๕.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (\geq ร้อยละ ๙๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน ผลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผลงานร้อยละ ๘๖.๐๖, ๘๐.๕๘ และ ๘๒.๐๘ ตามลำดับ ซึ่งมีผลงานที่ผ่านเกณฑ์ทุกปี (ร้อยละ ๖๐) ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีผลงานร้อยละ ๘๒.๑๓, ๘๗.๐๗ และ ๘๘.๖๙ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มการดำเนินงานที่ดีขึ้น และใน ๒ ปี ย้อนหลังมีผลการดำเนินงานที่มากกว่าภาพเขต

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผลงานภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตร้อยละ ๗๔.๕๒, ๗๓.๘๓ และ ๘๒.๘ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานร้อยละ ๘๙.๗๔, ๙๕.๒๙ และ ๑๐๓.๕๑ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผลงานภาพเขต พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีผลการดำเนินงานมากกว่าภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ทุกปี และมีแนวโน้มการดำเนินงานที่ดีขึ้นในทุกปี ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕๔.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๖๘.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ เขตสุขภาพที่ ๗ มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๕.๖๙, ๖.๖๐ และ ๘.๔๔ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคาม ๓.๗๔, ๔.๓๖ และ ๗.๒๘ ตามลำดับ เมื่อดูแนวโน้ม พบว่า เขตสุขภาพที่ ๗ และจังหวัดมหาสารคามมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้นในทุกปี ในขณะที่เดียวกันพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มคงที่เป็น ๖.๖ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกิน ๖.๐ ต่อแสนประชากร ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired sepsis ผลงานภาพเขตสุขภาพที่ ๗ ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ มีผลงาน ๒๘.๓๐, ๒๗.๑๓ และ ๓๒.๒๘ ตามลำดับ ส่วนจังหวัดมหาสารคามมีผลงาน ๓๘.๓๗, ๒๕.๑๙ และ ๓๒.๘๕ ตามลำดับ เมื่อเทียบกับผลงานของเขตสุขภาพที่ ๗ กับผลงานของจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ในปี ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคาม

มีผู้เสียชีวิตมากกว่าเขตสุขภาพที่ ๗ ปี ๒๕๖๓ จังหวัดมหาสารคามมีผู้เสียชีวิตน้อยกว่าเขตสุขภาพที่ ๗ ส่วนในปี ๒๕๖๔ มีอัตราการเสียชีวิตใกล้เคียงกันทั้งภาพจังหวัดและภาพเขต ซึ่งในภาพรวมของประเทศ มีแนวโน้มคงที่อยู่ระหว่าง ร้อยละ ๓๒.๓-๓๔.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับเสี่ยง (< ร้อยละ๒๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ร้อยละ ๖.๖๔ (น้อยกว่าร้อยละ ๑๒) มีอัตราการเสียชีวิตต่ำที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ ๒๖.๘๑ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๖) สูงเป็นลำดับที่ ๓ ของเขตสุขภาพที่ ๗ ในภาพรวมของประเทศ พบผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๘.๙ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็นร้อยละ ๒๒.๕ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับเสี่ยง (ร้อยละ ๓๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ผลงานในภาพเขตสุขภาพที่ ๗ มีอัตราการเสียชีวิต ๗.๑๑, ๑๗.๒๑ และ ๑๖.๓๓ ตามลำดับ โดยในภาพเขตมีแนวโน้มที่การเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นใน ๒ ปีซ้อนหลัง ส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีผลงาน ๘.๓๑, ๐ และ ๐ ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มของจังหวัดมหาสารคามมีอัตราการเสียชีวิตที่ลดลง โดย ๒ ปีซ้อนหลัง จังหวัดมหาสารคามไม่มีผู้เสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ในภาพรวมของประเทศ พบว่า อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ร้อยละ ๒.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็น ร้อยละ ๕.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ บรรลุค่าเป้าหมาย (น้อยกว่าร้อยละ ๑๒)

การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ ๑๐๐ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับ ๕ โดยโครงการนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากงบประมาณจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒,๐๓๖,๐๐๐ บาท และปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑,๐๑๕,๐๐๐ บาท

อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ ๒๔.๘๔ ผ่านเกณฑ์ (มากกว่าร้อยละ ๒๐.๕) สูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ ๗ จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยจำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่า ภาพเขตสุขภาพที่ ๗ มีผลงานร้อยละ ๒๕.๙๑, ๒๕.๔๒ และ ๒๑.๖๑ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงในทุกปี ส่วนจังหวัดมหาสารคาม มีผลงาน ๒๙.๔๖, ๒๙.๐๓ และ ๒๔.๘๔ ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบผลงานของจังหวัดมหาสารคามและเขตสุขภาพที่ ๗ พบว่า จังหวัดมหาสารคามมีผลงานที่มากกว่าเขตสุขภาพที่ ๗ ในทุกปี ในภาพรวมระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้มีการส่งเสริมการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลทุกระดับ รวม ๗๓๒ แห่ง เพื่อลดการใช้ยาแผนปัจจุบันและส่งเสริมการใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการแพทย์แผนไทยที่ได้

มาตรฐาน รวมส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๔.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๕๗ เป็นร้อยละ ๒๑.๗ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังภาพที่ ๔.๗ และการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่รวมส่งเสริมสุขภาพ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๙.๘ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ร้อยละ ๒๑.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ถือว่าบรรลุค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๒๐ ไม่รวมส่งเสริมฯ)

การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ร้อยละ ๘๘.๘๘ ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๐) แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ เท่ากับ ๘๔.๐๓ และ ๘๗.๔๓ ตามลำดับ ในภาพรวมระดับประเทศ กำลังคนด้านสุขภาพของประเทศมีการกระจายอยู่ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนหลากหลายสังกัด แม้มีอัตราส่วนต่อประชากรดีขึ้น แต่การกระจายบุคลากรยังมีความเหลื่อมล้ำ โดยมีการกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร โดยร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ใน พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๓.๙) และพบว่าอัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ อยู่ระหว่าง ร้อยละ ๙๗.๑-๙๗.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ บรรลุค่าเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕)

การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขึ้น ๓ ร้อยละ ๑๐๐ จังหวัดมีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ ทั้ง สสจ. รพท. รพช. และสสอ. ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA) ร้อยละ ๑๐๐ ทั้ง สสจ. และ สสอ. จำนวน ๑๓ แห่ง ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ผลการประเมินพบว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขึ้น ๓ ร้อยละ ๙๙.๔ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๑๐๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔) ส่วนโรงพยาบาลชุมชนผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขึ้น ๓ ร้อยละ ๘๙.๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๑๐๐ ใน พ.ศ. ๒๕๖๔) และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA) บรรลุค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๙๐)

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด ร้อยละ ๒๓.๓๓ ผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ ๔๐) ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital ร้อยละ ๑๐๐ มีระบบนัดและคิวออนไลน์ ร้อยละ ๑๐๐ และจำนวน รพ. มีระบบรับยาที่ร้านยา จำนวน ๑๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๘.๑ใน พ.ศ. ๒๕๖๐(๒๙จาก ๗๖จังหวัด) เป็นร้อยละ ๕๕.๓ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ (๔๒ จาก ๗๖ จังหวัด) บรรลุค่าเป้าหมาย (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของจังหวัดทั้งหมด) และมีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่ผ่านเกณฑ์ก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ร้อยละ ๑๐๐ (๑๑๙ จาก ๑๑๙ แห่ง) โรงพยาบาลสังกัดระดับกรม ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๕.๐ (๓๙ จาก ๕๒ แห่ง) และโรงพยาบาลชุมชนผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๒.๐ (๕๖๐ จาก ๗๗๘ แห่ง) ต่ำกว่าค่าเป้าหมายระดับเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการสุขภาพ มีการดำเนินงาน Smart Tools and Smart Services ใน พ.ศ. ๒๕๖๔)

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ไม่มีหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ ๗ ในปี ๒๕๖๔ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐ ในภาพรวมระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการการเงิน การคลัง และเพิ่มเงินสำรองฉุกเฉินในการดำเนินงาน ส่งผลให้แนวโน้มโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติ ทางการเงินระดับ ๗ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ ๑๕.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๕๘ (๑๓๖ แห่ง) เป็นร้อยละ ๐.๑ (๑ แห่ง) ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่มีหน่วยบริการประสบวิกฤติทางการเงินระดับ ๗)

การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่สำคัญ ได้แก่ ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ จำนวน ๘ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ โดยได้รับผลงานวิชาการดีเด่นของ R๒R กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ จำนวนงานวิจัยสมุนไพรรักษาโรค/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด จำนวน ๑๓ เรื่อง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ในภาพรวมระดับประเทศ พบว่า ผลงานวิจัยที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕๖.๑ ใน พ.ศ. ๒๕๖๐ เป็น ร้อยละ ๗๓.๒ ใน พ.ศ. ๒๕๖๒ บรรลุค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๔๐) และมีการนำงานวิจัยสมุนไพรรักษาโรค/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาใช้ทางการแพทย์ ๔๔ เรื่อง ใน พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (เป้าหมาย ๖๒ เรื่อง)

การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย ((๑) พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑ (๒) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ (๓) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พรบ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พรบ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม) ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละของการบริหารสัญญาสัมปทานการศึกษาและสัญญาการศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีผลงานเด่นด้านวิชาการที่สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จากการสรุปรายงานอย่างต่อเนื่องนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา) ในการตรวจเยี่ยมและมอบนโยบายและแนวทางดำเนินงานทั้ง ๑๓ อำเภอ ระหว่างวันที่ ๕-๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๔ ได้แก่

อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลงานเด่นด้านการดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่ตามโครงการ TO BE NUMBER ONE ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๑ ระดับประเทศทีม TO BE NUMBER ONE TEEN DANERCISE ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๑ ระดับประเทศทีม TO BE NUMBER ONE Idol ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และได้รับรางวัลผลงานวิจัย R๒R ดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ ประเภทผลงานปฐมภูมิ เรื่องรูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง กรณีศึกษาในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

อำเภอแกดำ มีผลงานเด่นด้านการส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน โดยได้รับรางวัล อาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่น ระดับเขตสุขภาพ สาขาทันตสาธารณสุข และรางวัลชนะเลิศตำบลต้นแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระดับเขตสุขภาพที่ ๗

อำเภอกันทรวิชัย มีผลงานเด่นด้านวิชาการได้รับรางวัลผลงานวิจัย R๒R ดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑ รางวัลประเภทผลงานปฐมภูมิ เรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลงานด้านการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในสถานบริการได้รับรางวัลชนะเลิศการประเมิน NCD PLUS ระดับเขต (F๒) และได้เป็นตัวแทนนำเสนอระดับประเทศ และชนะเลิศการประกวด Best Practice ของ พชอ. ระดับจังหวัด เรื่องการพัฒนาารูปแบบฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพและผู้ติดสารเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

อำเภอบ้านดง มีผลงานเด่นด้านวิชาการพัฒนาคุณภาพในสถานบริการ โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งผ่านการประเมิน รพ.สต.๕ ดาว ครบ ๑๐๐% และได้รับรางวัลผลงานวิจัย R๒R ดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ ประเภทผลงานปฐมภูมิ เรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ โดยชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วมภายใต้บริบทโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่ง

อำเภอโกสุมพิสัย มีผลงานเด่นด้านการให้การรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 โดยโรงพยาบาลโกสุมพิสัยได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดมหาสารคาม ให้บริหารจัดการและให้บริการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ในโรงพยาบาลสนามพลบดี อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอนาดูน มีผลงานเด่นด้านวิชาการ ได้รับรางวัลผลงานวิจัย R๒R ดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ ประเภทผลงานสนับสนุนบริการ เรื่องการศึกษาประสิทธิผลของอุปกรณ์ช่วยยึดจับเด็กเอกซเรย์ทรวงอก

อำเภอยางสีสุราช มีผลงานเด่นด้านวิชาการ ได้รับรางวัลผลงานวิจัย R๒R ดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ จำนวน ๓ เรื่อง ได้แก่ ประเภทผลงานปฐมภูมิ การพัฒนาารูปแบบชุมชนปลอดภัย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษาบ้านโหนด หมู่ที่ ๖ ตำบลเวงดง อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ประเภทผลงานทุติภูมิ เรื่องพัฒนาแนวทางารดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อำเภอยางสีสุราช จ.มหาสารคาม และประเภทผลงานสนับสนุนบริการ เรื่อง รูปแบบ Tele Pharmacist บริหารยาในกลุ่มโอปิออยด์ (Opioids) ที่บ้านในผู้ป่วย Palliative care ยุค New Normal อำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม นอกจากนั้นอำเภอยางสีสุราช ยังมีการดำเนินงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยเปิดให้บริการตั้งแต่วันที่ ๗ เมษายน ๒๕๖๔ รายการยาจากกัญชาได้แก่ น้ำมันกัญชา ทำลายพระสุเมรุ คุชไฮยาซีน แก้มลมแก้เส้น แก้มลมเบื่องสูงแก้สันขมาตกร่อนแห้งและอัมฤตย์โอสถ และยังมีโครงการจัดวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ตำบลพังคี่

อำเภอชื่นชม มีผลงานเด่นด้านวิชาการ ได้รับรางวัลผลงานวิจัย R๒R ดีเด่น กระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๔ ประเภทผลงานปฐมภูมิ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กติดสมาร์ตโฟน ตำบลชื่นชม อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

อำเภอภูดั่ง มีผลงานเด่นในการให้การรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 โดยโรงพยาบาลภูดั่งได้เปิดโรงพยาบาลสนาม Cohort Ward ของจังหวัดมหาสารคาม เริ่มรับผู้ป่วยโรค COVID-19 ตั้งแต่วันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๔ จนถึงปัจจุบัน

การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑. สถานการณ์

ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ไม่สามารถการออกประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอได้ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามจึงให้เครือข่ายบริการสุขภาพพระระดับอำเภอทุกอำเภอจัดส่งแบบประเมินตนเองตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ (SAR) เพื่อใช้ในการติดตามผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับอำเภอและนำผลจากการประเมินตนเองไว้เป็นข้อมูลในการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติราชการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสำเร็จในการปฏิบัติงานเพื่อ

๑. เครือข่ายบริการสุขภาพพระระดับอำเภอนำผลจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการนำไปพัฒนางานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
๒. การจัดทำแผนของเครือข่ายบริการสุขภาพพระระดับอำเภอ สอดคล้องกับปัญหา/ผลการประเมินที่มีปัญหา ได้ถูกต้องตามเป้าหมายยิ่งขึ้น
๓. เครือข่ายบริการสุขภาพพระระดับอำเภอสามารถรวบรวมผลงานและเตรียมความพร้อมในการประเมินได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง
๔. ไม่มีข้อร้องเรียนจากผู้รับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ
๕. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ มีความเป็นธรรม และเที่ยงตรง

๒. ผลการดำเนินงาน ๓ ปีย้อนหลัง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

- กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการรวมของระดับอำเภอ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ซึ่งประกอบด้วย (๑) การประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ จำนวน ๒๐ ตัวชี้วัด น้ำหนักรวมร้อยละ ๙๖ (๒) คะแนนรางวัลร้อยละ ๔ ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนรางวัลวิชาการร้อยละ ๒ คะแนนประกวด Smart Kids Taksila ๔.๐ ร้อยละ ๑.๕ และคะแนนการประกวดอื่นๆ ร้อยละ ๐.๕ โดยทำการประเมินด้วยคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๖ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๑๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๑

- ผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมของระดับอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ โดยพบว่า อำเภอบรบือ มีผลการประเมินสูงสุด คือ ๘๘.๕๗๖ มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๔๐ รองลงมา คือ อำเภอกุตุรง มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๓๘ และอำเภอวาปีปทุม มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๓๒ โดยผลการประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ รายอำเภอ โดยพบว่า

๑. อำเภอเมืองมหาสารคาม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๗
๒. อำเภอแกดำ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๑
๓. อำเภอโกสุมพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๓
๔. อำเภอกันทรวิชัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๔
๕. อำเภอเชียงยืน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๑
๖. อำเภอบรบือ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๕
๗. อำเภอนาเชือก	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๓
๘. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๔
๙. อำเภอวาปีปทุม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๘
๑๐. อำเภอนาดูน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๐
๑๑. อำเภอยางสีสุราช	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๕
๑๒. อำเภอกุฉินารายณ์	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๔
๑๓. อำเภอชื่นชม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๗

ตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (คะแนนประเมินผลได้น้อยกว่า ๓ คะแนน) จำนวน ๘ ตัวชี้วัด

- ๑) ตัวชี้วัดที่ ๘.๓ ร้อยละมูลค่าของการใช้จ่ายสมุนไพรมะเขือเทศที่เพิ่มขึ้นในสถานบริการสาธารณสุข มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๗
- ๒) ตัวชี้วัดที่ ๙.๑ ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (ECS) (ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาโดยระบบ EMS มากกว่าร้อยละ ๖๐) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๗๑
- ๓) ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๕ ร้อยละหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐-๓๔ ปี ที่แต่งงานและพร้อมจะมีบุตร ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ไอโอดีน) และโพลีวิตามินฯ ละ ๑ เม็ด ก่อนการตั้งครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (จากการสุ่ม) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๐๒
- ๔) ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๐๓
- ๕) ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๒๕
- ๖) ตัวชี้วัดที่ ๑๖.๒ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วย มะเร็งท่อน้ำดี มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๓๗
- ๗) ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired (อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๗๗
- ๘) ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๒ m^๒/yr มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๙๗

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

- กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการรวมของระดับอำเภอ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ซึ่งประกอบด้วย (๑) การประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ จำนวน ๑๙ ตัวชี้วัด น้ำหนักรวมร้อยละ ๙๖ (๒) คะแนนรางวัลร้อยละ ๔ ซึ่งแบ่งเป็นคะแนนรางวัลวิชาการร้อยละ ๒ คะแนนประกวด Smart Kids Taksila ๔.๐ ร้อยละ ๑ และคะแนนการประกวดอื่นๆ ร้อยละ ๑ โดยทำการประเมินด้วยคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ระหว่างวันที่ ๕-๒๗ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๒

- ผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมของระดับอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ โดยพบว่า อำเภอเขียงยืน มีผลการประเมินสูงสุด คือ ๙๒.๔๙๘ มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๕๘ รองลงมา คือ อำเภอนาเชือก มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๕๓ และอำเภอวาปีปทุม มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๕๓ โดยผลการประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ รายอำเภอ โดยพบว่า

๑. อำเภอเมืองมหาสารคาม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๘
๒. อำเภอแกดำ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๙
๓. อำเภอโกสุมพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๓
๔. อำเภอกันทรวิชัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๐
๕. อำเภอเขียงยืน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๘
๖. อำเภอบรบือ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๙
๗. อำเภอนาเชือก	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๓
๘. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๖
๙. อำเภอวาปีปทุม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๓
๑๐. อำเภอนาคู	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๑
๑๑. อำเภอยางสีสุราช	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๗
๑๒. อำเภอกุฉินารายณ์	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๗
๑๓. อำเภอชื่นชม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๒

ตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (คะแนนประเมินผลได้น้อยกว่า ๓ คะแนน) จำนวน ๓ ตัวชี้วัด

๑) ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๑.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๙๘

๒) ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๖๖

๓) ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๕ ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๑๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

- ผลการประเมินการปฏิบัติราชการรวมของระดับอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ โดยพบว่า อำเภออย่างสีสุราช มีผลการประเมินสูงสุด คือ มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๕๙ รองลงมา คือ อำเภอนาเชือก มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๔๙ และอำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๔๔ และ ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๓.๙๘, อำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๐๔ และอำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๑๑ โดยผลการประเมินผลตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ รายอำเภอ โดยพบว่า

๑. อำเภอเมืองมหาสารคาม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๓
๒. อำเภอแกดำ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๖
๓. อำเภอโกสุมพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙๘
๔. อำเภอกันทรวิชัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๑
๕. อำเภอเชียงยืน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๔
๖. อำเภอบรบือ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๙
๗. อำเภอนาเชือก	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๙
๘. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๗
๙. อำเภอวาปีปทุม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๑
๑๐. อำเภอนาดูน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๑
๑๑. อำเภออย่างสีสุราช	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๙
๑๒. อำเภอกุดรัง	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๔
๑๓. อำเภอชื่นชม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๔

ตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (คะแนนประเมินผลได้น้อยกว่า ๓ คะแนน) จำนวน ๗ ตัวชี้วัด ดังนี้

๑) ตัวชี้วัดที่ ๖.๒.๕ การติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง (COC) การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ตามเกณฑ์ QOF มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๓๕

๒) ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๒๘

๓) ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๕๖

๔) ตัวชี้วัดที่ ๑๓.๑ Door to Needle (ระยะเวลาที่ได้รับยาน้อยกว่า ๓๐ นาที) (มากกว่าร้อยละ ๕๐) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๐.๘๗

- ๕) ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๒.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๙๕ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๖๒
- ๖) ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๕ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๙๒
- ๗) ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๒ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๗๔

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

- ผลการประเมินตนเองตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการรวมของระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอเขียงยืน มีผลการประเมินตนเองสูงสุด คือ มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๗๘ รองลงมา คือ อำเภอขามเฒ่า มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๗๐ และอำเภอนาโพธิ์ มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๔.๕๕ และ ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินตนเองต่ำสุด คือ อำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๓.๕๗, อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๓.๘๖ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ยรวมเท่ากับ ๓.๙๘ โดยผลการประเมินตนเองตามตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ รายอำเภอ พบว่า

๑. อำเภอเมืองมหาสารคาม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๘๖
๒. อำเภอแกดำ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๓๖
๓. อำเภอโกสุมพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๔
๔. อำเภอกันทรวิชัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๑๔
๕. อำเภอเขียงยืน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗๘
๖. อำเภอบรบือ	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๔๐
๗. อำเภอนาเชือก	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๐๗
๘. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๙๘
๙. อำเภอนาโพธิ์	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๕๕
๑๐. อำเภอนาดูน	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๕
๑๑. อำเภอขามเฒ่า	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๗๐
๑๒. อำเภอกุดรัง	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๓.๕๗
๑๓. อำเภอชื่นชม	มีผลการประเมินเฉลี่ยเท่ากับ ๔.๒๘

ตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการที่มีผลการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ (คะแนนประเมินผลได้น้อยกว่า ๓ คะแนน) จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ดังนี้

- ๑) ตัวชี้วัดที่ ๑.๕ ความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ (EF) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๕๔ โดยมีอำเภอที่ไม่ส่งคะแนนประเมินตนเอง (N/A) จำนวน ๕ แห่ง คือ อำเภอแกดำ อำเภอนาเชือก อำเภอนาโพธิ์ อำเภอนาดูน และอำเภอกุดรัง

๒) ตัวชี้วัดที่ ๓.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๓๓ โดยแบ่งเป็น ๒ ตัวชี้วัดย่อย คือ

- ร้อยละของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๔๑
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากการสูมประเมิน มีผลการประเมินเฉลี่ย

๒.๒๔ โดยมีอำเภอที่ไม่ส่งคะแนนประเมินตนเอง (N/A) จำนวน ๔ แห่ง คือ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอนาคู อำเภอวาปีปทุม อำเภอภูพาน และอำเภอชื่นชม

๓) ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม (ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๒๕

๔) ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) (อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๘๕) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๖๓

๕) ตัวชี้วัดที่ ๑๓.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๖๒

๖) ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๒ อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค (Dead rate) มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๗

รายละเอียดผลการประเมินตนเองตามตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ แยกรายตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ ๑ ความสำเร็จของการพัฒนาในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๐๘ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอเชียงยืน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐ รองลงมาคือ อำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๘๖ และอำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๙ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอภูพาน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๗๐, อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๔๓ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๔๖

ตัวชี้วัดที่ ๒ ความสำเร็จของการส่งเสริมและประเมินคุณภาพชีวิตเด็กมีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๓.๓๑ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองคะแนนเต็ม (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) มีจำนวน ๖ อำเภอ คือ อำเภอแกดำ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอวาปีปทุม และอำเภอยางสีสุราช ส่วน ๔ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๐๐, อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๕๐ และอำเภอกันทรวิชัย และอำเภอนาคู มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๐๐ ส่วนอำเภอที่ไม่มีคะแนนการประเมินตนเอง (N/A) คือ อำเภอนาเชือก และอำเภอภูพาน

ตัวชี้วัดที่ ๓ ความสำเร็จของการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุคุณภาพ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๓.๕๗ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๖ รองลงมาคือ อำเภอเชียงยืน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๓๘ และอำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๓๕ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอนาเชือก มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๒๖, อำเภอภูพาน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๕๐ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๓

ตัวชี้วัดที่ ๔ ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๕๔ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย

๕.๐๐) จำนวน ๑๐ อำเภอ คือ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอ
นาเชือก อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอลำปำ อำเภอวาปีปทุม อำเภอโนนสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม และอำเภอชื่นชม รองลงมา
คือ อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๘๐ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๒๔
ส่วนอำเภอที่ไม่มีคะแนนผลการประเมินตนเอง (N/A) คือ อำเภอเกษตรวิสัย

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม มีผลการ
ประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๓.๕๒ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอ
โนนสูง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๒๔ รองลงมาคือ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๔๑ และ
อำเภอเกษตรวิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๒๓ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด
คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๐๗, อำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๗๖
และอำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๙

ตัวชี้วัดที่ ๖ ความสำเร็จของการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย มีผลการ
ประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๒๕ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย
๕.๐๐) จำนวน ๗ อำเภอ คือ อำเภอแกดำ อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอโนนสูง อำเภอ
พยัคฆภูมิพิสัย อำเภอวาปีปทุม และอำเภอเมืองมหาสารคาม รองลงมาคือ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการ
ประเมินเฉลี่ย ๔.๓๐ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอโกสุมพิสัย
มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๕๐, อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๐ และอำเภอโนนสูง, อำเภอ
ชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๒๕ และอำเภอที่ไม่มีคะแนนผลการประเมินตนเอง (N/A) คือ อำเภอเกษตรวิสัย

ตัวชี้วัดที่ ๗ ความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย
๓.๗๗ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๓ อำเภอ คือ
อำเภอเชียงยืน อำเภอโนนสูง อำเภอวาปีปทุม รองลงมาคือ อำเภอโนนสูงและอำเภอเกษตรวิสัย มีผลการ
ประเมินเฉลี่ย ๔.๗๕ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอโกสุมพิสัย
มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๕๘, อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๔๐ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผล
การประเมินเฉลี่ย ๒.๕๐

ตัวชี้วัดที่ ๘ ความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ระบาดใหม่ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๓๖ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเอง
สูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๗ อำเภอ คือ อำเภอแกดำ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอเชียงยืน
อำเภอบรบือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอเมืองมหาสารคาม และอำเภอเกษตรวิสัย ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มี
คะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๐๐, อำเภอเมืองมหาสารคาม
มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๐๐ และอำเภอโนนสูง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๙ ความสำเร็จของการดำเนินงานหน่วยบริการก้าวหน้า มีผลการประเมินระดับจังหวัด
เฉลี่ย ๔.๘๗ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๑๐
อำเภอ คือ อำเภอแกดำ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอโนนสูง อำเภอ
พยัคฆภูมิพิสัย อำเภอโนนสูง อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอเกษตรวิสัย และอำเภอชื่นชม รองลงมาคือ อำเภอวาปีปทุม
มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๕ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๐ และอำเภอกันทรวิชัย
มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการลดแออัด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๑๔ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอเชียงยืน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๙๒ รองลงมาคือ อำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๒ และอำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๐ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๑๖, อำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๕ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๗๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๔๘ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอยางสีสุราช มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๙๑ รองลงมาคือ อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๙๐ และอำเภอวาปีปทุม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๘๔ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๗๘, อำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๙๖ และอำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ความสำเร็จของการดำเนินงาน อสม.หมอบริการบ้าน และตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๘๐ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๗ อำเภอ คือ อำเภอแกดำ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอเชียงยืน อำเภอนาเชือก อำเภอวาปีปทุม อำเภอยางสีสุราช อำเภอชื่นชม รองลงมาคือ อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๙๖ และอำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๙๑ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอบรบือ, อำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๑๑, อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๕ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๐๑ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๖๔ รองลงมาคือ อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๕ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๔๖ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๒๘, อำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๒๙ และอำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๔๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ความสำเร็จของการควบคุมวัณโรค มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๓.๕๒ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอเชียงยืน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๓๗ รองลงมาคือ อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๒๑ และอำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๑๑ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๖๐, อำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๒ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๙๔

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๕๔ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๕ อำเภอ คือ อำเภอเชียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอนาเชือก อำเภอวาปีปทุม และอำเภอยางสีสุราช ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๕๐, อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๗๕ และอำเภอกุดรัง มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ความสำเร็จของการดำเนินงานสุขภาพจิต มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๐๘ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๕ อำเภอ คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอแกดำ อำเภอกันทรวิชัย อำเภอขามศรีสุข และอำเภอชื่นชม ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๖๓, อำเภอกุฉินารายณ์ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๘๒ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ความสำเร็จของการลดอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๙๓ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๑๒ อำเภอ ยกเว้นอำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๑๓

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ความสำเร็จของการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE และแก้ไขปัญหาเสพติด มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๖๓ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๕ อำเภอ คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอเชียงยืน อำเภอนาดูน อำเภอขามศรีสุข และอำเภอชื่นชม ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๗๖, อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๘๖ และอำเภอกุฉินารายณ์ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๓๗

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ระบบส่งต่อ และการป้องกันอุบัติเหตุจากจราจรทางถนน มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๒๗ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๓ อันดับแรก คือ อำเภอขามศรีสุข อำเภอกุฉินารายณ์ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐ รองลงมาคือ อำเภอเชียงยืน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๖ และอำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๘ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๓๙, อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๘๘ และอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ ความสำเร็จของการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๓.๗๓ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด ๔ อันดับแรก คือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย อำเภอขามศรีสุข มีผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐ รองลงมาคือ อำเภอนาดูน และอำเภอชื่นชม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๖๗ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๐๐, อำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๖๗ และอำเภอนาเชือก มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๓๓ และอำเภอที่ไม่มีคะแนนการประเมินตนเอง (N/A) คือ อำเภอกุฉินารายณ์

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ความสำเร็จของการดำเนินงานสมุนไพรรักษา เพื่อสุขภาพและเศรษฐกิจ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๓๕ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๓ อำเภอ คือ อำเภอเชียงยืน อำเภอนาดูน ละอำเภอชื่นชม รองลงมาคือ อำเภอขามศรีสุข มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๙ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๗๗ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย มีผลการประเมิน

เฉลี่ย ๓.๑๓, อำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๓๓ และอำเภอบรบือ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๐๑

ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๗๗ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๑๐ อำเภอ คือ อำเภอแกดำ อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอเขียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอวาปีปทุม อำเภอนาดูน อำเภอขามเฒ่า อำเภอชุมพวง อำเภอภูพาน อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอเมืองร้อยเอ็ด อำเภอพนมไพร อำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๐ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๓.๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๕.๐๐ โดยทุกอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐)

ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ร้อยละคะแนนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๓.๙๘ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๓ อำเภอ คือ อำเภอบรบือ อำเภอวาปีปทุม และอำเภอขามเฒ่า รองลงมาคือ อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๘๒ และอำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๘๐ ส่วน ๓ อันดับท้ายของอำเภอที่มีคะแนนผลการประเมินต่ำสุด คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีผลการประเมินเฉลี่ย ๑.๓๒, อำเภอกันทรวิชัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๑๐ และอำเภอโกสุมพิสัย มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๙๖

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ความสำเร็จของการดำเนินงานการเงินการคลังสุขภาพของหน่วยบริการ มีผลการประเมินระดับจังหวัดเฉลี่ย ๔.๓๖ โดยอำเภอที่มีคะแนนการประเมินตนเองสูงสุด (ผลการประเมินเฉลี่ย ๕.๐๐) จำนวน ๙ อำเภอ คือ อำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอโกสุมพิสัย อำเภอกันทรวิชัย อำเภอเขียงยืน อำเภอบรบือ อำเภอวาปีปทุม อำเภอขามเฒ่า อำเภอชุมพวง อำเภอภูพาน และอำเภอเมืองร้อยเอ็ด รองลงมาคือ อำเภอพนมไพร มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๙๒, อำเภอนาดูน มีผลการประเมินเฉลี่ย ๔.๕๐, อำเภอแกดำ มีผลการประเมินเฉลี่ย ๒.๒๓, และอำเภอเมืองร้อยเอ็ด มีผลการประเมินเฉลี่ย ๐.๐๑

ซึ่งผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
มหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒-๒๕๖๔ แยกรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ได้ดังนี้

ที่	อำเภอ	๒๕๖๒			๒๕๖๓			๒๕๖๔		
		เป้า หมาย	ผลการ ประเมิน รวม	ร้อยละ คะแนนถ่วง น้ำหนักรวม	เป้า หมาย	ผลการ ประเมิน รวม	ร้อยละ คะแนนถ่วง น้ำหนักรวม	เป้า หมาย	ผลการ ประเมิน รวม	ร้อยละ คะแนนถ่วง น้ำหนักรวม
๑	เมือง	๕	๔.๑๘	๘๔.๕๑๓	๕	๔.๑๒	๘๒.๔๓๖	๕	๓.๘๖	๗๗.๑๑๔
๒	แกดำ	๕	๔.๓๙	๘๘.๖๑๓	๕	๔.๒๖	๘๕.๑๙๗	๕	๔.๓๖	๘๗.๑๐๘
๓	โกสุมพิสัย	๕	๔.๒๓	๘๕.๕๙๓	๕	๓.๙๘	๗๙.๖๓๓	๕	๔.๐๔	๘๐.๘๗๘
๔	กันทรวิชัย	๕	๔.๓๐	๘๖.๗๙๓	๕	๔.๓๑	๘๖.๑๒๒	๕	๔.๑๔	๘๒.๗๘๙
๕	เขียงยืน	๕	๔.๕๘	๙๒.๔๙๘	๕	๔.๔๔	๘๘.๘๓๑	๕	๔.๗๘	๙๕.๖๐๒
๖	บรบือ	๕	๔.๔๙	๙๐.๖๙๙	๕	๔.๓๘	๘๗.๖๙๙	๕	๔.๔๐	๘๘.๐๑๒
๗	นาเชือก	๕	๔.๕๓	๙๑.๖๑๘	๕	๔.๔๙	๘๙.๗๖๗	๕	๔.๐๗	๘๑.๔๘๙
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๕	๔.๓๖	๘๘.๑๖๘	๕	๔.๑๗	๘๓.๔๒๔	๕	๓.๙๘	๗๙.๕๓๔
๙	วาปีปทุม	๕	๔.๕๓	๙๑.๔๙๓	๕	๔.๔๑	๘๘.๑๖๓	๕	๔.๕๕	๙๑.๐๒๒
๑๐	นาดูน	๕	๔.๒๑	๘๔.๙๘๘	๕	๔.๑๑	๘๒.๒๐๐	๕	๔.๒๕	๘๔.๙๗๕
๑๑	ยางสีสุราช	๕	๔.๔๗	๙๐.๒๖๗	๕	๔.๕๙	๙๑.๘๑๔	๕	๔.๗๐	๙๔.๐๕๒
๑๒	กุฉีกรัง	๕	๔.๓๗	๘๘.๒๓๗	๕	๔.๐๔	๘๐.๗๔๓	๕	๓.๕๗	๗๑.๔๒๔
๑๓	ชื่นชม	๕	๔.๔๒	๘๙.๔๑๐	๕	๔.๔๔	๘๘.๘๔๐	๕	๔.๒๘	๘๕.๖๓๙

ส่วนที่ ๑

การทบทวนยุทธศาสตร์ระบบ

สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

ปี ๒๕๖๕

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

วิสัยทัศน์

คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง

พันธกิจ

๑. Move health care to health : ลดการดูแลรักษา ส่งเสริมสนับสนุน ให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
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

แนวทางการทำงานที่ต้องมุ่งเน้น

๑. มุ่งเน้นประโยชน์ที่จะเกิดกับประชาชน อย่างเป็นรูปธรรมและมีความเสมอภาค
๒. มุ่งเน้นดำเนินการให้เสร็จในหนึ่งปี และมีผลต่อเนื่องในระยะยาวอย่างยั่งยืน
๓. มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน อย่างกว้างขวาง บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์
๔. มุ่งเน้นการพัฒนาบุคลากรสุขภาพ ให้สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและภาคภูมิใจ

เป้าประสงค์สำคัญเร่งด่วน

๑. **เพิ่มคนสุขภาพดี** โดยการเน้นลดความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัยมุ่งเน้นการจัดการปัญหาในกลุ่มวัย 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 : Gate; CKD clinic

(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 เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายให้เป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน ๖ ประเด็นยุทธศาสตร์

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

๑) มีการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๒) มีการยกระดับการพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท

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

๑) มีการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)

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

๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี

๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที

๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ

๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน

๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน

๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ

๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย

๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

๑) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของจังหวัด

๒) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกัน

๓) มีการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

๔) มีการมุ่งพัฒนาบุคลากรเพื่อให้เป็น (๑) Strategic Partner (๒) Managerial Expert

(๓) Change Agent (๔) Employee Champion: Performance ภายใต้วิถีพอเพียง

**ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ภายใต้วิถีพอเพียง**

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

๒) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มี
ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ

๓) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุก
หน่วยบริการ ทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

๔) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ

๕) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ

๖) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้
ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

การกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน						
แผนงานที่ 1 การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน						
1. โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่ม โดยใช้หลักการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)						
	1	ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่ม วัย/ ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	N/A	N/A	N/A	ระดับ 5 1) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 2) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ 3) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)						
แผนงานที่ 2 การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)						
2. โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี ผู้การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)						
	2	ระดับความสำเร็จของการยกระดับจัดการสุขภาพที่มุ่งสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี ผู้การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน	N/A	N/A	N/A	ระดับ 5 1) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 2) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ 3) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)						
แผนงานที่ 3 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)						
3. โครงการพัฒนาและเสริมศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัยและเด็กปฐมวัย						
	3	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคัดลอกมาตรฐาน	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	4	อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	94.73	88.18	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	5	อัตราการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	87.68	82.62	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	6	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนตั้งแต่ตั้งครรภ์แรกและโพแทสเซียม	76.91	97.65	ร้อยละ 100	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	7	ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	3.67	6.22	ไม่เกินร้อยละ 6	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	8	อัตราการแรกเกิดที่มีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน 21 ต่อพันการเกิดมีชีพ	N/A	N/A	ไม่เกิน 21 ต่อ พันการเกิดมีชีพ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563		
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	9	*อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	17.09	17.89	59.48	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	10	*เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย				กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		*10.1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 มีพัฒนาการสมวัย	98.11	97.61	97.09	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		10.2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	92.96	95.35	88.18	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		10.3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	39.71	42.33	46.07	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		10.4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	95.65	94.29	93.96	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		10.5) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA4I	69.7	78.72	76.06	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	11	*ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วนและส่วนเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		- ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงที่สุดส่วน	59.31	68.07	67.98	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		- ส่วนเฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี	ช=108.83 ญ=114.32	ช=110.36 ญ=117.88	ช=110.34 ญ=109.47	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	12	ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน				กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	12.1) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า 150 ไมโครกรัมต่อลิตร	36.6	32.6	32.2	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	12.2) ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) มากกว่า 11.2 mU/L	9	14.42	11.19	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
13	ความสำเร็จของการพัฒนาถนนในหมู่บ้าน				กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	13.1) ร้อยละของถนนในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	18.53	56.37	N/A	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	13.2) ร้อยละของถนนในคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของหมู่บ้านที่มีถนนเล่น	N/A	N/A	N/A	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
14	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	70.34	N/A	86.44	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น						
	15	**เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	95	95	95	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	16	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	65.6	72.01	64.37	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	17	ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	N/A	N/A	95.09	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	18	ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี พื้นที่ไม่มีเสียง (cavity free)	67.63	89.8	84.7	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
5. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	19	* อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	11.75	15.19	10.21	ไม่เกิน 25	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	20	ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 10	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	21	ร้อยละของการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี	13.32	11.66	10.58	ไม่เกินร้อยละ 13	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
5. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน							
	22	ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	N/A	N/A	56.7	ร้อยละ 57	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
6. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ							
6. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	23	* ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	100	99.45	96.67	ร้อยละ 90	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		23.1) ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการตรวจช่องปาก	N/A	35.53	28.99	ร้อยละ 30	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
	24	* ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลในชุมชน					กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		**24.1) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์	N/A	77.77	47.67	ร้อยละ 50	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		**24.2) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	98.5	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	25	ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ					กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	- ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	N/A	N/A	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	- ผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ (เฉพาะรพ.ขนาด M2 ขึ้นไป)	N/A	N/A	75	ร้อยละ ≥ 75	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
26	** ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes					กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	**26.1) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและ	N/A	N/A	N/A	> ร้อยละ 30	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	N/A	N/A	N/A	> ร้อยละ 30	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	
	**26.2) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและ	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	
	ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	N/A	N/A	100	ร้อยละ 100	สุขภาพจิต และยาเสพติด	
7. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร							
7. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร	28	** จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ (เป้าหมายประเทศ 10,000,000)	N/A	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
		เป้าหมายศูนย์อนามัยที่ 7 = 759,065)					
	29	** จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 80	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
			2562	2563			2564
	30	** กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการสุขภาพที่ดีวิถีใหม่	N/A	N/A	N/A	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	
แผนงานที่ 4 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ							
8. โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)							
	31	** ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคูณภาพชีวิตที่ดีคุณภาพ	100	100	100	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	
		31.1) พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง	100	100	100	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	
แผนงานที่ 5 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ							
9. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ							
	32	* ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	
10. โครงการควบคุมโรคติดต่อ							
	33	ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเชื้อไวรัสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	119.27	130.05	35.43	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	
	34	ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	81.06	0	0	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	
	35	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	100	100	100	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	
	36	ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของ คำนวณฐานย้อนหลัง 5 ปี และร้อยละ 70 ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออก ได้ภายใน 2 เท่าของระยะฟักตัว (28 วัน)				กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	
		- ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15 ของ คำนวณฐานย้อนหลัง 5 ปี	>100	>98.10	<88.70	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 15	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
		- ร้อยละ 70 ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน 2 เท่า ของระยะฟักตัว (28 วัน)	65	69	92	อำเภอร้อยละ 100 และตำบล ร้อยละ 70	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	37	** ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้ สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	N/A	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	38	* ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	N/A	100	100	ระดับดีมาก ร้อยละ 100	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
	39	** ร้อยละ 70 ของประชากรที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตเมืองไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 70	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
1.1. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ							
	40	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ร้อยละ 2.8)	5.4	3.37	3.37	ไม่เกินร้อยละ 2.8	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	41	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ 25.50)	24.11	24.52	27.05	ไม่เกินร้อยละ 25.5	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	42	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน					กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	42.1	อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	2.94	3.2	3.16	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1.75	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	42.2	อัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	79.86	92.42	96.71	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	43	* <u>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง</u>					กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
		* <u>43.1</u> ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	N/A	74.33	74.98	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
		* <u>43.2</u> ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	92.97	89.99	92.99	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	44	ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	N/A	N/A	100	ร้อยละ 50	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	45	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	100	76.9	46.15	ร้อยละ 70	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	46	ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	100	100	100	ร้อยละ 70	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	47	ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม					กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
		47.1) ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	73.64	25.01	33.18	ร้อยละ 60	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
		47.2) ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	64.69	95.06	94.17	ร้อยละ 80	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	48	ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไป	9.54	8.28	6.89	ไม่เกินร้อยละ 18	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	49	ความซุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป	16.77	9.59	7.21	ไม่เกินร้อยละ 18	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	50	* ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ จนครบถ้วนรอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 80	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
12. โครงการเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร							
	51	* อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ *51.1 ตลาดนัด ไม้ซ้อ (Temporary Market) *51.2 อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) *51.3 ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) 51.4 ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	N/A	N/A	0 แห่ง	อำเภอละ 1 แห่ง	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
			N/A	N/A	1 แห่ง	อำเภอละ 1 แห่ง	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
			N/A	N/A	N/A	อำเภอละ 5 แห่ง	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
			N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 85	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
13. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ							
	52	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	98.46	86.26	83.5	ร้อยละ 85	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
	53	ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด	N/A	N/A	72.64	ร้อยละ 90	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
	54	ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มี ความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	N/A	N/A	100	ระดับ 5 ร้อยละ 100	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
	55	* จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการที่สามารถได้รับการ อนุญาต	N/A	N/A	N/A	อย่างน้อย 1 ผลิตภัณฑ์ต่อเขต สุขภาพ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
แผนงานที่ 6 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม							
14. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม							

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
56	* ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 100	ระดับดีขึ้น ร้อยละ 96.23	ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 100	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 100	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
		ระดับดีขึ้น ร้อยละ 100	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 69.23	ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 100	ระดับดีมาก plus ร้อยละ 69.23	ระดับดีมาก plus ร้อยละ 85	
57	* ร้อยละของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการลดลง ของอัตราป่วยด้วยโรคที่ เกี่ยวข้องกับสูบบุหรี่ และมลพิษสิ่งแวดล้อม	N/A	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 60	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)							
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)							
1.5. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ							
58	** การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	เป้าหมายร้อยละ 18 ผลงาน ร้อยละ 19.77	เป้าหมายร้อยละ 25 ผลงาน ร้อยละ 48.84	เป้าหมายร้อยละ 33 ผลงานร้อยละ 61.63	ร้อยละ 44	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
		N/A	N/A	74.44	เกณฑ์ประเทศ 30 ล้านคน	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
60	* จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	N/A	เป้าหมายร้อยละ 40 ผลงาน ร้อยละ 51.41	เป้าหมายเขต เมืองร้อยละ 50 ผลงาน ร้อยละ 100 เป้าหมาย เขตชนบทร้อยละ 40 ผลงาน ร้อยละ 58.90	เกณฑ์ประเทศ 30 ล้านคน	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
61	ร้อยละของอำเภอที่มีความสำเร็จในการจัดการแก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของ จังหวัด ด้วยโลก พขอ.และหมอครอบครัว ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (1) MCH/พัฒนาการและ IQ (2) OV/CCA (3) DM/HT/CKD (๔) TO BE NUMBER ONE)	100	100	100	ร้อยละ 100	1) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพปฐมภูมิ 2) กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการ สาธารณสุข	
62	ร้อยละของตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (1) MCH/พัฒนาการและ IQ (2) OV/CCA (3) DM/HT/CKD (๔) COVID-19 (5) ยาเสพติด)	100	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
			2562	2563			2564
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	63	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพชีวิต	N/A	N/A	100	กลุ่มงานสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
	64	ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์ (1) อปท.สมทบงบประมาณ ร้อยละ 80 ภายในไตรมาส 1 (ข้อมูล ณ วันที่ 25 ธ.ค.64) (2) ร้อยละ 50 ของกองทุนท้องถิ่น (อปท.) อนุมัติแผนการเงินและสนับสนุน การจัดทำโครงการทั้ง 5 ประเภท ภายในไตรมาส 2 (ข้อมูล ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565) (3) ร้อยละ 80 ของ กองทุนท้องถิ่น (อปท.) มีงบประมาณคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 30 (ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565) (4) ร้อยละ 50 ของกองทุนท้องถิ่น (อปท.) ทั้งหมด มีเงินคงเหลือ ไม่เกิน ร้อยละ 10 ภายใน 30 กันยายน 2565 (5) มีกองทุนท้องถิ่น (อปท.) ต้นแบบ/นวัตกรรมจัดการบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก (อนามัย แม่และเด็ก), แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD=DM/HT), และ LTC	N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI)	N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI)	N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI) N/A (ปรับKPI)	ร้อยละ 100 ร้อยละ 80 ร้อยละ 50 ร้อยละ 80 ร้อยละ 50	กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	65	ร้อยละของ รพ.สต./ตสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ 65.1) ร้อยละของ รพ.สต./ตสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (15 กิจกรรมหลัก 7 กลุ่มเป้าหมาย) 65.2) ร้อยละของ รพ.สต./ตสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก 200 คนต่อพันประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ 65.3) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	84.27 97.19 31.36	 100 29.7	56.18 66.85 23.6	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานทันตสาธารณสุข กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
	16. โครงการพัฒนากล้องข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.						
	66	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	N/A	100	100	ร้อยละ 75	กลุ่มงานสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
67	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	N/A	100	100	1,977 คน (หมู่บ้านละ 1 คน)	กลุ่มงานสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	
68	ร้อยละของประชาชนที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	70	0	60	ร้อยละ 75	กลุ่มงานสาธารณสุขและระบบสุขภาพปฐมภูมิ	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
	69	อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	100	100	100	ร้อยละ 70	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)							
17. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง							
	70	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้					กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด
		70.1) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	18.5	22.46	23.79	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด
		70.2) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	69.04	72.19	66.65	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด
	71	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	95.07	94.63	90.51	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด
	72	* อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit					กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
		*72.1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	3.31	0.42	1.18	น้อยกว่าร้อยละ 7	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
		*72.2) ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	70.91	92.56	99.62	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
18. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ							
	73	* อัตราความเสียหายของการรักษาด้วยโรคปอดบวมใหม่	85.65	85.15	82.8	ร้อยละ 88	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	74	* อัตราความครอบคลุมของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85.1	90.5	93.7	ร้อยละ 85	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	75	การดำเนินงานตามมาตรการโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019					กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
		75.1) จำนวนผู้ป่วยของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกจังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน 5 คน/ประชากร 1 ล้านคน/วัน	0	1	9	ไม่เกิน 5 คน/ประชากร 1 ล้านคน/วัน	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
		**75.2) อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย	0	100	0.32	ต่ำกว่าร้อยละ 1.55	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
		75.3) สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AQW/Q) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ 5)	N/A	N/A	N/A	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
		**75.4) รพ.ระดับ A..S..M1..M2 ทุกแห่งมีการพัฒนาศักยภาพรองรับผู้ป่วยโควิด-19 และโรคติดต่อทางเดินหายใจ	N/A	N/A	N/A	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
			2562	2563			2564
19. โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล							
	76	* ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาจังหวัดโดยใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	ขั้นที่1=100 ขั้นที่2=53.85	ขั้นที่2=76.92 ขั้นที่3=53.85	ขั้นที่2=53.85 ขั้นที่3=30.77	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	
	77	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMIR)	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	
	78	* อัตราการติดเชื้อต่อยาในกระแสเลือด (เป็นปฏิทินที่ผ่านมามีข้อมูล 1 ม.ค. - 31 ธ.ค. 63 เท่ากับ ร้อยละ 38.73)	N/A	90.99	-8.97	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข	
20. โครงการพัฒนาคุณภาพเป็นเลิศทางการแพทย์							
	79	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	13.64	-8.11	ลดลงร้อยละ 10	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
21. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการแก้ไข							
	80	* อัตราตายทารกแรกเกิดตายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	4.62	0.33	ไม่เกิน 3.6 ต่อ 1,000	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
22. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน							
	81	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยระดับประคับประคอง ระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	N/A	62.1	ร้อยละ 45	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
	82	* ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	99.69	99.24	>ร้อยละ 50	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
23. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย							
	83	* ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่เข้ารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	29.46	29.03	ร้อยละ 20.5	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	
24. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช							
	84	* ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	89.74	95.29	103.51	>ร้อยละ 74	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	85	** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	3.74	4.36	7.28	ร้อยละ 8.0 ต่อแสน ปชก.	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	86	* ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	95.29	89.69	94.44	ร้อยละ 90	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563		
25. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม community-acquired และออโรโรดิคัล)						
	87	* อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	38.37	25.19	32.85	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
	88	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M 1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออโรโรดิคัลเพิ่มขึ้น *88.1) Refracture Rate	100	100	ร้อยละ 100 (1 แห่ง)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
			N/A	N/A	< ร้อยละ 20	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
26. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ						
	89	* อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา มาตรฐานตามเวลาที่กำหนด *89.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI *89.2 ร้อยละของการให้บริการผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	11.86	1.6	< ร้อยละ 26	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
			26.47	27.2	≥ ร้อยละ 50	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
			N/A	N/A	> ร้อยละ 60	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
			N/A	N/A	≥ ร้อยละ 60	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
27. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง						
	90	** ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด **90.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ **90.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ **90.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	81.36	87.74	> ร้อยละ 75	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
			88.98	98.63	≥ ร้อยละ 75	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
			91.18	94.44	≥ ร้อยละ 60	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
28. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต						
	91	* ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m ² /yr	60.1	65.46	> ร้อยละ 66	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
29. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา						
	92	* ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกขุ่นตบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	80.66	92.15	≥ ร้อยละ 85	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563		
30. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ						
	93	* อัตราส่วนของผู้ป่วยที่ยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลระดับ A-S	0.89	0.79	0.19	เพิ่มร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของผู้ป่วยผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
31. โครงการพัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด						
	94	* ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	77.7	65.92	82.96	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด
32. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)						
	95	* ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * 1 ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	93.51	98.51	99.17	> ร้อยละ 70
33. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery						
	96	* ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	21.52	60.25	30.65	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	97	* ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการทำผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)	N/A	N/A	N/A	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
34. โครงการกัญชาทางการแพทย์						
	98	* ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ				กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
		* 98.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	N/A	N/A	100	ร้อยละ 70
		* 98.2 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	N/A	N/A	N/A	เขตสุขภาพละ 3 แห่ง
		* 98.3 ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	N/A	N/A	N/A	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
แผนงานที่ 9 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
35. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	99	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	N/A	N/A	6.5	น้อยกว่าร้อยละ 8	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	100	*อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	8.45	7.98	7.27	≤ ร้อยละ 12	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	101	อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในโรงพยาบาล	61.89	79.05	75.49	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	102	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	57.54	69.95	70.49	ร้อยละ 80	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	103	* ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	100	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	104	* ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	36.53	43.55	39.52	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ							
36. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ							
	105	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	25 ตำบล 18.79	42 ตำบล 31.57	30 ตำบล 22.55	ร้อยละ 100	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
		105.1) ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี มากตรการส่งเสริมสุขภาพ (มีการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลมาตรฐานกรมอนามัย)	1 บ่อ	1 บ่อ	1 บ่อ	3 แห่ง	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
	106	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE	100	100	100	ระดับ 5 ร้อยละ 100	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
แผนงานที่ 11 อุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย							
37. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์							
	107	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
		107.1) เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน	N/A	N/A	ผ่าน	ผ่านเกณฑ์ประเมิน	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
	108	ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์ แผนไทย	N/A	28.5	ลดลง ร้อยละ 13.33	ร้อยละ 5	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	109	* อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านบริการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 5	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
	110	* มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมณไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 3	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
	111	** ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการแพทย์ครบวงจร	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 10	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
	112	** มูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ 5	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 5	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)							
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ							
38. โครงการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ							
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	113	ร้อยละของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคนได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	75	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	114	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	100	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	115	** ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	100	100	100	≥ร้อยละ 80	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
39. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ							
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	116	ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	84.03	87.43	88.89	ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	117	* ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	4.1	N/A	3.1	ต่ำแหน่งว่าง คงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 6 ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)							
แผนงานที่ 13 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์การคุณภาพ							
40. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง							
ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	118	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	100	100	92.6	ร้อยละ 92	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	119	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของหน่วยงานเขตพื้นที่ไม่ใช้ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	63.75	55.32	50.14	ร้อยละ 30	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
	120	* ร้อยละของสงวนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	100	100	100	ร้อยละ 90	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	121	ร้อยละของอำนาจที่ออกตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	N/A	84.62	N/A	ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
			2562	2563			2564
	122	ร้อยละของเรื่องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานนิติการ	
4.1. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ							
	123	* ร้อยละความพึงพอใจของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	100	100	ร้อยละ 90	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข	
	124	* ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3				กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
		- * ร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาลทั่วไป	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
		- * ร้อยละ 90 ในโรงพยาบาลชุมชน	100	100	ร้อยละ 90	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ	
	125	** ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดา	81.14	54.29	97.14	Accreditation (สะสม) ร้อยละ 75	
	126	** สถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	N/A	N/A	N/A	1) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ 2) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	
	127	** สถานบริการต้นแบบในการพัฒนานโยบาย EMS ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับสูง (The best)	N/A	N/A	N/A	1) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ 2) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	
4.2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข							
	128	** องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ				กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	
		** 128.1) ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	100	100	ร้อยละ 70	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	
		** 128.2) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	100	100	ระดับจังหวัดร้อยละ 20	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	
แผนงานที่ 14 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ							
4.3. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)							
	129	ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ 40	21.09	23.64	23.33	น้อยกว่าร้อยละ 40	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
	130	* ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	100	51.56	33.51	ร้อยละ 80	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line		ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563		
แผนงาน โครงการ	131	ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ 80	N/A	N/A	N/A	กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข
	132	ระดับความพึงพอใจในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	N/A	N/A	ระดับ 5 ร้อยละ 100	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
44. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)						
	133	ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	7.86	9.56	ร้อยละ 60	กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข
	134	ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	N/A	N/A	ร้อยละ 5	กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข
45. โครงการ Smart Hospital						
	135	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข
		135.1) รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์	38.46	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุข
	136	* ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยามีอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)	100	100	ร้อยละ 25	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
แผนงานที่ 15 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ						
46. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง						
	137	* ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	0	0	ระดับ 7 ≤ 4%/ระดับ 6 ≤ 6%	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	138	ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุทางการแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายวันผล	0	60	อย่างน้อยร้อยละ 80	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	139	ระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ	N/A	N/A	รพ. ร้อยละ 80/ รพ.สต. ร้อยละ 100	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	140	คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ	N/A	N/A	ร้อยละ 100	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
47. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน						
	141	** โรงพยาบาลมกมมีกระบวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีกรีนใบส่งตัว) ร้อยละ 60 เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีกรีนเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim	N/A	N/A	ร้อยละ 60	กลุ่มงานพัฒนาศูนย์บริการสุขภาพและรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ	ลำดับ	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี 2565	based line			ค่าเป้าหมายปี 2565	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
			2562	2563	2564		
	142	** ทุกโรงพยาบาลชั้นนำเป็นวิทยุผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช.มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
แผนงานที่ 16 : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ							
48. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์							
	143	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	100	100	100	ร้อยละ 70	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
	144	ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบประมาณทั้งหมด	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 1.5	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
	145	* จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	N/A	N/A	N/A	อย่างน้อย 12 เรื่อง	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
	146	** ร้อยละของจังหวัดที่มีบริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน	N/A	N/A	N/A	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
	147	จำนวนงานวิจัยสมุนไพรร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางการแพทย์หรือการตลาด	100	100	100	วิจัยเชิงคลินิกอย่างน้อย 1 เรื่อง	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
	148	* ร้อยละของอำเภอที่มีการขยายผลนวัตกรรมบริการสุขภาพ	N/A	N/A	N/A	ร้อยละ 100	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
แผนงานที่ 17 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพ							
49. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนาคุณภาพด้านสุขภาพ							
	149	ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย (1) พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 (2) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 (3) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 (4) พรบ.อาหาร พ.ศ.2522 (5) พรบ.ยา พ.ศ. 2510 และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	100	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานนิติกร
		149.1) ร้อยละของการบริหารสัญญาการรับทุนการศึกษาและสัญญาการศึกษาเป็นไปตามขั้นตอน ภายในระยะเวลาที่กำหนด	100	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานนิติกร
		149.2) ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักฐานคดีแพ่งคดีอาญา คดีสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	100	100	100	ร้อยละ 100	กลุ่มงานนิติกร

หมายเหตุ

* และขีดเส้นใต้ คือตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2565

** และขีดเส้นใต้ คือกระทรวงสาธารณสุขปี 2565 และตัวชี้วัดตามนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุขปี 2565

ส่วนที่ ๒

นิยามตัวชี้วัดและ

มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑
การพัฒนาขีดความสามารถใน
การจัดการสุขภาพตนเองแก่
ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็ง
และยั่งยืน

แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการ
สุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

นิตยามตัวชี้วัดและ
มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน
อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน
อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

โครงการที่ ๑ : โครงการยกระดับความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย
ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการพึ่งตนเอง
ในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมืองและ
ชนบทของระดับครัวเรือนและชุมชน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของ
ประชาชน ทุกกลุ่มวัย/ ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๒. คำนิยาม

๑. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึง
ข้อมูล มีความรู้ ความเข้าใจปัญหา เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ประเมินการปฏิบัติและการจัดการตนเอง แก้ไข
ปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี
สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น

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 การดำเนินงานยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง
ของประชาชนทุกกลุ่มวัย/ ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

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

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

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

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

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการยกระดับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ทุกกลุ่มวัย/ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	ระดับ ๕	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
โทร. ๐๘๕-๙๒๘๘๖๐๕ | หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
E-mail : ruangrith07@gmail.com |
| ๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ
โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔ | หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
E-mail : sumalee@gmail.com |
| ๓. นายสัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า
โทร. ๐๘๓-๔๑๗๐๘๖๐ | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข
E-mail : sangudchua@yahoo.com |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕

- ๑) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
- ๒) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
- ๓) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาขีดความสามารถ ในการจัดการสุขภาพตนเอง แก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน โครงการที่ ๑ : โครงการยกระดับ ความสามารถในการจัดการ สุขภาพตนเองของ ประชาชนทุกกลุ่มวัย ชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และยกระดับการ พึ่งตนเอง ในการจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความ ปลอดภัยในพื้นที่ชุมชนเมือง และชนบทของระดับ ครัวเรือนและชุมชน ตัวชี้วัดที่ ๑ : ระดับความสำเร็จของการ ยกระดับความสามารถใน การดูแลสุขภาพตนเองของ ประชาชน ทุกกลุ่มวัย/ ชุมชน โดยใช้หลักการสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีมาตรการทางสังคมในการเฝ้าระวังโรค พฤติกรรมสุขภาพ กำหนดเป็นนโยบายและมาตรการสุขภาพขับเคลื่อน ผ่าน พชจ. - เลือกโรคสำคัญที่เป็นปัญหาสุขภาพจังหวัด พร้อมทั้งติดตามการ เปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่วิกฤติสำคัญของจังหวัด พร้อมวิเคราะห์หาต้นเหตุ พร้อมรับมืออย่างเท่าทัน - พัฒนาสู่เมืองอาหารปลอดภัยโมเดลตลาดเขียวให้ครอบคลุมทั่วจังหวัด ให้ผู้บริโภคมีค่านิยมและมีความรู้ในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพให้ ถูกต้อง และนำ Digital Literacy ในการเฝ้าระวัง และสื่อสารสุขภาพสู่ ประชาชน การใช้สื่อสังคมในการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน <p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - นำนโยบาย พชอ. สู่ พชต. ลงสู่การปฏิบัติด้วยกระบวนการประชาคม ร่วมกับภาคีเครือข่ายครอบครัว ชุมชน พัฒนาการทำงานของ พชอ. พชต. พชม. - พัฒนาศักยภาพของ สสอ. ยกระดับให้มีบทบาทสำคัญเป็นกลไกสำคัญใน การพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ วิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนในการป้องกัน และร่วมกันเพื่อพัฒนาเทศบาล/ศูนย์ฯ ให้มีความเข้มแข็งและถูกนำไปใช้ได้จริง มากขึ้น - ใช้กองทุนประกันสุขภาพให้เกิดคุณค่าด้านสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมให้ ประชาชนมีบทบาทเรื่องการเงินส่วนนี้และสนับสนุน อปท. ให้มีบทบาท ในการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุ - จัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.สต. ไปยังรพ.แม่ข่ายให้ปลอดภัย ไร้รอยต่อ เน้นการทำงานร่วมกันเป็นทีมของ รพ.สต. รพ.แม่ข่าย และ หน่วยงานท้องถิ่น

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้าง Health Model (คนดี สุขภาพดี สังคมดี สิ่งแวดล้อมดี) จัดให้มีหลักสูตรและผู้นำการเปลี่ยนแปลงการจัดการสุขภาพในระดับพื้นที่ - ส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพแก่ครอบครัว ชุมชน ผ่านกลไกของ อสม. หมอประจำครอบครัวและทีมหมอครอบครัว - สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลักดันการใช้มาตรฐาน GREEN and CLEAN ใน รพ./รพ.สต. - หมู่บ้านจัดทำแผนของหมู่บ้านให้เชื่อมต่อในระดับตำบลและอำเภอ ส่งเสริมให้มีการธรรมนูญสุขภาพ - คืบหน้าทีกลับให้ชุมชนและท้องถิ่นสภาสุขภาพหมู่บ้าน พัฒนาบทบาทผู้นำท้องที่ และปราชญ์ชุมชนให้มีบทบาทในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ - ปรับปรุงและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีความปลอดภัย เพิ่มประสิทธิภาพจัดการ รพ.สต. ให้เป็น รพ.สต. ดีดดาว

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒
การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับ
ร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การ
มีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน
(Goodness Power, Healthy &
Happiness City)

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

นิตยำนต้วช้วัดและ
มำตรกร/แนวทงการดำเนนงำน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

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

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

โครงการที่ ๒ : โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคณมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพดีมุ่งสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน

๒. คำนิยาม

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

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

๓. เมืองพลังแห่งความดี หมายถึง เมืองที่มีการยกระดับชุมชนสู่ต้นแบบนิเวศน์สุขภาพที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชนทุกกลุ่มวัย ด้วยกลไกการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๔. สุขภาพดี หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบกัน ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ หรือ ความพิการเท่านั้น ต้องมีสมรรถภาพร่างกายที่ดี มีจิตใจแจ่มใส อารมณ์เบิกบาน อยู่ในสังคมและสภาพแวดล้อมที่ดีไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรคประจำตัว หรือถ้ามีก็สามารถควบคุมได้

๕. สุขภาพที่ยั่งยืน หมายถึง สุขภาพของบุคคลและกลุ่มคน ที่อยู่ในครอบครัวดี/เครือข่ายดี/องค์กรดี/ชุมชนดี สภาพแวดล้อมดีที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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

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

(๑) ยกระดับตำบลจัดการสุขภาพตีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ด้วยงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (กปท.) และงบประมาณโครงการพระราชดำริ และอื่นๆ ครอบคลุมตำบล

(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 ครอบคลุมตำบล

(๔) ประกาศนโยบายตำบลรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน (ตามบริบทของพื้นที่) ทุกตำบล

(๕) ประกาศนโยบายอำเภอรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน (ตามบริบทของพื้นที่) ทุกอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพตีมุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่การมีสุขภาพดี และมีความสุขที่ยั่งยืน	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐ ของทุกตำบลในจังหวัด)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐ ของทุกตำบลในจังหวัด)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐ ของทุกตำบลในจังหวัด)

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพที่มุ่งสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (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 |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕

- ๑) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
- ๒) กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- ๓) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๒ : การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่อารมณ์สุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)</p> <p>โครงการที่ ๒ : โครงการมุ่งเสริมสร้างค่านิยมแก่ประชาชน เครือข่ายทุกระดับ เพื่อสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่อารมณ์สุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) และขยายพลังความดีของคนมหาสารคามเพื่อมุ่งสู่เมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๒ : ระดับความสำเร็จของการยกระดับตำบลจัดการสุขภาพ ตีพิมพ์สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และรวมพลังแห่งความดี สู่อารมณ์สุขภาพดี และมีสุขที่ยั่งยืน</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - นำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ๑๗ เป้าหมาย (Sustainable Development Goal: SDGs) บูรณาการสู่แผนสุขภาพของจังหวัด - บูรณาการระบบข้อมูลให้มาใช้เป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ยกกระตือรือร้นการจัดการข้อมูล มีผู้รับผิดชอบข้อมูลที่ชัดเจน และจัดทำแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมทั้งสร้างช่องทางการสื่อสารข้อมูล
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรชุมชนที่เกี่ยวข้องในการจัดการสภาพแวดล้อมในชุมชน ลดปัญหาภัยคุกคามทางด้านสุขภาพในพื้นที่ - สนับสนุนให้หน่วยงานเครือข่ายร่วมกันพัฒนาพื้นที่ให้เป็นชุมชนเมืองสุขภาพดีและเมืองแห่งความสุขที่ยั่งยืน (Healthy & Happiness City) ผ่านแนวคิด "หมู่บ้านนิเวศน์สุขภาพ" ในชนบท และ เขตเมือง
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ mapping ในเชิงพื้นที่ ของทุนความดีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ประกอบด้วย คนดี/ครอบครัวดี/เครือข่ายดี/องค์กรดี/ชุมชนดี - สร้างสภาพแวดล้อมในครอบครัวที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สนับสนุนให้มีการพัฒนาครัวเรือนต้นแบบ และพัฒนาชุมชนต้นแบบ พร้อมทั้งยกระดับการพัฒนาเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ หรือเชิงสุขภาพ - สร้างค่านิยมสุขภาพของประชาชนสู่ค่านิยมร่วมทางสุขภาพของชุมชน เน้นเข้าถึงประชาชนหมู่บ้านและการสื่อสารประชาสัมพันธ์อย่างมีอาชีพและต่อเนื่อง สร้างตลาดนัดความรู้และปัญญาและนวัตกรรมสุขภาพระดับหมู่บ้านแบบครบวงจร

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓
ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ
ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค
เป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
(ด้านสุขภาพ)

แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยง
ด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

**นียมามั่วซ้่วดแลละ
มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน**

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓ 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 การดูแลรักษา มารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรมในสถานะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน

๕. แหล่งข้อมูล

ทีมประเมินระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๑ และ F๒ ขึ้นไปของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๑ และ F๒ ขึ้นไปของรัฐทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบุรณ์

โทร. ๐๘๕-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวยศสยา อ่อนคำ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๕๗๙

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นียมตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์

๒. คำนิยาม

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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 \leq ๑๒ สัปดาห์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบุรณ์

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ

โทร. ๐๙๕-๐๔๒๕๙๗๙

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕ อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

๒. คำนิยาม

การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติ ที่ไม่มีความเสี่ยง โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามินตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัดจำนวน ๕ ครั้ง ดังนี้

การนัดครั้งที่ ๑	เมื่ออายุครรภ์	≤ ๑๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๒	เมื่ออายุครรภ์	๑๓ สัปดาห์ < ๒๐ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๓	เมื่ออายุครรภ์	๒๐ สัปดาห์ < ๒๖ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๔	เมื่ออายุครรภ์	๒๖ สัปดาห์ < ๓๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๕	เมื่ออายุครรภ์	>๓๒ สัปดาห์

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลก่อนคลอด ตามมาตรฐานการฝากครรภ์คุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีซีพีมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีซีพีทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก

๒. คำนิยาม

หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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	$A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

๒. คำนิยาม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๖	ไม่เกินร้อยละ ๖

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	$(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบุญ
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ

๒. คำนิยาม

ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีคะแนน APGAR ที่ ๑ นาที น้อยกว่าหรือมากกว่า ๗ คะแนน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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 ≤ 7
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B) \times 1,000$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบูรณ์

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวศสยา อ่อนคำ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙ อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. คำนิยาม

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด (ภายใน ๔๒ วัน) ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิด ความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือ สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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	$(A/B) \times 100,000$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบุรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย

TIDA4I

๒. คำนิยาม

- **ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน** หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนาการ พัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี ประกอบด้วย เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖, เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐, เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗, เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นด้วย TEDA4I ร้อยละ ๑๐๐ และ เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗

- **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 ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (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) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

- เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก ผ่านไม่ครบ 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗

๔. วัตถุประสงค์

๑. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย
๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ
๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

- ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผล การตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน(๑B๒๖๐) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times 100$
รายการข้อมูล: ๒. 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	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล: ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ส่งต่อทันที) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล: ๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ที่ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวศศยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙
๒. นางอัมพร นาคสมบุรณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ 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) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ
- สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง $+๑.๕$ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง
- สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียว
- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๓	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๔
๒. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี		
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	- ๑๑๓ ซม.	- ๑๑๓ ซม.
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)	- ๑๑๒ 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 ปีสูงตีสมส่วน
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 ปีสูงตีสมส่วน = $(A๑ / B๑) \times ๑๐๐$
๒)	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี = $(A๒ / B๒)$
๓)	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี = $(A๓ / B๓)$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒. ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน

๑๒.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร

๑๒.๒ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH มากกว่า ๑๑.๒ mU/L)

๒. คำนิยาม

ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ได้รับการตรวจปัสสาวะเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เคยได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนมาก่อน และผลการตรวจวิเคราะห์พบว่าปริมาณสารไอโอดีนน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร

ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L หมายถึง ทารกแรกเกิด อายุ ๒ วันขึ้นไปที่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ได้รับการเจาะเลือดบริเวณสันเท้า เพื่อตรวจหาปริมาณ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ผลการตรวจพบว่าค่า TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิยูนิตต่อลิตร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน	ระดับ ๕	ระดับ ๕
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐
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

๖.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร

รายการข้อมูล: ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจหาปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๖.๒ ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L

รายการข้อมูล: ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดอายุ ๒ วันขึ้นไปมีค่า TSH > ๑๑.๒ mU/L ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กแรกเกิดอายุ ๒ ขึ้นไปทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอัมพร นาคสมบุรณ์

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

๒. นางสาวศศยา อ่อนคำ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓. ความสำเร็จของการพัฒนาลานเล่นในหมู่บ้าน

๑๓.๑ ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด

๑๓.๒ ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่มีลานเล่น

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. นโยบาย สาธารณะและการ บริหารจัดการ	๑. กำหนดนโยบายให้มีลานเล่นในชุมชนทุกหมู่บ้าน ๒. กำหนดนโยบายให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีและใช้คู่มือ DSPM ประเมินพัฒนาการและส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงอายุทุกคน ๓. กำหนดนโยบายให้เด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี เล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และดูโทรทัศน์ ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง/วัน ๔. ระดมทรัพยากรในชุมชน คน เงิน แรงงาน บุคลากรกับงานอื่นๆ ในชุมชน เช่น งานจิตอาสา และใช้งบประมาณจากโครงการพระราชดำริฯ ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อหมู่บ้าน หรือกองทุนสุขภาพตำบล	๑. ประชาคมคืนข้อมูลแก่ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการฯ แบบมีส่วนร่วมระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการและ อปท. สนับสนุนทรัพยากร ๒. ชุมชนมีการประกาศเป็นบันทึกข้อตกลง/นโยบายร่วมกัน ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถปฏิบัติได้จริง เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในชุมชน ๓. มีการจัดเวรดูแลเด็กในแต่ละวัน

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางการเล่นในชุมชน	เกณฑ์การเล่นคุณภาพ
<p>๒. สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้</p>	<p>๕. มีพื้นที่และขอบเขตชัดเจนที่เอื้อต่อการเรียนรู้และกิจกรรมของการเล่นในชุมชน, อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย มีร่มไม้หรือร่มเงา และพื้นที่ของการเล่นควรเป็นดิน /ทราย/หญ้า</p> <p>๖. มีป้ายให้ความรู้ ประโยชน์ของการเล่นที่มีผลต่อสติปัญญาและการพัฒนาทักษะสมอง (EF) เพื่อสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง</p> <p>๗. สถานที่จัดทำการเล่นเป็นสถานที่ที่ชุมชนพิจารณาคัดเลือกร่วมกัน</p> <p>๘. มีของเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่น</p>	<p>๔. มีป้ายไว้นิให้ความรู้ เช่น ผลเสียของการเล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และดูโทรทัศน์, ประโยชน์การกินไข่, ยาเสริมธาตุเหล็ก, การเล่านิทาน, การเล่น, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ</p> <p>๕. มีของเล่นตามภูมิปัญญาท้องถิ่นที่หลากหลาย</p>
<p>๓. กิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ในลานเล่น</p>	<p>๙. ประชาชนชาวบ้านและ อสม. ร่วมกันจัดทำของเล่นภูมิปัญญาท้องถิ่น</p> <p>๑๐. จัดหาหนังสือนิทานสำหรับเด็ก ๐-๕ ปี และมีกิจกรรมการเล่านิทานในลานเล่น โดยผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน จิตอาสา นักเรียน ครูผู้ดูแลเด็ก</p> <p>๑๑. มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัย ในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าระวังความปลอดภัย-โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดย อสม.นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดกิจกรรม</p> <p>๑๒. ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และอสม. ร่วม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมพัฒนาการ โดยใช้คู่มือ DSPM - ส่งเสริมโภชนาการ โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบศีรษะ ทุก ๓ เดือน ในเด็กภาวะโภชนาการปกติ และทุก ๑ เดือนในเด็กภาวะโภชนาการผิดปกติ หากพบผิดปกติ ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - มีการตรวจร่างกายทั่วไป ตรวจการได้ยิน ประเมินความเสี่ยงภาวะ 	<p>๖. มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัย ในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าระวังความปลอดภัย-โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง โดย อสม.นมแม่และอนามัยแม่และเด็ก เป็นผู้ประสานงานหลักในการจัดกิจกรรมได้แก่</p> <p>๖.๑ กิน :</p> <p>๑) มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสาธิต การจัดอาหารตามวัยให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก <u>นั้น</u> กินไข่วันละฟอง และมีการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ทุกคนกินนํ้าเสริมธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒) มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/ความยาวเด็กปฐมวัย และสอนพ่อแม่ผู้ปกครองการแปรผลตามกราฟการเจริญเติบโต</p> <p>๖.๒ เล่น : คนในชุมชนร่วมจัดทำของเล่นเพื่อส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก ทั้ง ๕ ด้าน ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น</p>

กิจกรรมหลัก	ค่ากลางลานเล่นในชุมชน	เกณฑ์ลานเล่นคุณภาพ
	<p>เสี่ยงด้านครอบครัว เด็กและสภาพแวดล้อม</p> <p>- จัดทำทะเบียนรายคน รายหมู่บ้านและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและจ่ายวิตามินให้เด็ก ๖ เดือน - ๕ ปี ทุกคนสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๑๓. จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองในลานเล่นชุมชนสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p>	<p>๖.๓ เถ้า :</p> <p>๑) มีมุมนิทาน มีระบบยืม/คืนของเล่น และหนังสือนิทานไปใช้ที่บ้าน</p> <p>๒) มีกิจกรรมเล่านิทาน ในลานเล่น โดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก จิตอาสา ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น</p> <p>๖.๔ ฟัน :</p> <p>๑) มีการสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กให้ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ๑ ครั้ง</p>
๔. การติดตามและประเมินผล	<p>๑๔. ประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ DSPM/DAIM ของพ่อแม่ ผู้ปกครอง</p> <p>๑๕. ประเมินภาวะเสี่ยง ประเมินความฉลาดทางอารมณ์</p> <p>๑๖. ประเมินผลการดำเนินงาน โดยการคืนข้อมูลสุขภาพเด็ก เช่น พัฒนาการและโภชนาการให้กับพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้อง (พชอ./พชต./คกก.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)</p>	<p>๗. มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนผู้ร่วมกิจกรรม/ใช้ลานเล่น</p> <p>๘. มีการประเมินผลความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๙. มีการประเมินสภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัยที่ใช้บริการในลานเล่น เรื่องพัฒนาการ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการใช้หน้าจอ (โทรศัพท์ แท็บเล็ต และโทรทัศน์)</p> <p>๑๐. มีการสรุปผลและข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมของพ่อแม่ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป</p>

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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

๑. หมู่บ้าน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ๑. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีลานเล่น ในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมดในเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล: ๒. ร้อยละของลานเล่นคุณภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหมู่บ้านที่มีลานเล่นคุณภาพ ในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	A = จำนวนหมู่บ้านทั้งหมดที่มีลานเล่น ในเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวศศยา อ่อนคำ

โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๕๗๙

๒. นางอัมพร นาคสมบูรณ์

โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔. 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ระดับดีมาก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการ และการเรียนรู้ตามช่วงวัย มีสุขภาพช่องปากที่ดี

๒. เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ มาตรฐานและมีคุณภาพทั้งในเรื่องการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแลและ จัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย และคุณภาพของเด็กปฐมวัย

๓. ส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสถาน เด็กปฐมวัย

๕. แหล่งข้อมูล ทีมประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด อ่างทอง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระดับดีมาก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ๑. นางสาวยศสยา อ่อนคำ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๕๗๙ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๒. นางอัมพร นาคสมบูรณ์
โทร. ๐๙๔-๕๑๒๑๙๕๖ | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบภาพสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ตัวชี้วัด : ๓. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน ๔. อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ๕. อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ๖. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก ๗. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๘. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ ๙. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๑๒. ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน ๑๒.๑ ร้อยละหญิง</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u> ๑. ผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พขอ.) ๒. ประชุม MCH board ระดับจังหวัดทุก ๓ เดือน ๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐” และ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ ๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้นำหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ 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 ให้นำหน่วยบริการทุกระดับจัดระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ๙. ส่งเสริม สนับสนุน ให้นำหน่วยบริการทุกระดับจัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต ๑๐. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ ๑๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official ๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการการทำหัตถการทางสูติกรรมสำหรับแพทย์ พยาบาล</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>ตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปีสวาระน้อยกว่า๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร</p> <p>๑๒.๒ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L</p>	<p>๑๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๑๔. ประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p> <p>๑๕. พัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)</p> <p>๑๖. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มและ surveillance system</p> <p>๑๗. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>๑๘. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.)</p> <p>๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอทุก ๓ เดือน</p> <p>๓. สร้างกระแส/รณรงค์ “จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐” และ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอ</p> <p>๔. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ</p> <p>๕. สนับสนุน One province One MCH.B. Team</p> <p>๖. จัดระบบส่งต่อมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อพบสูตินรีแพทย์</p> <p>๗. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่</p> <p>๘. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผ่านโปรแกรม Save mom</p> <p>๙. จัดระบบและขับเคลื่อนการใช้ line Account Official โดยมีแอดมินทุกอำเภอในการตอบคำถามและให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมในกลุ่มไลน์</p> <p>๑๐. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต</p> <p>๑๑. สร้างความรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๑๒. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะตั้งต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชอ.</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๑๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้น และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ</p> <p>๑๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๑๕. จัดระบบบริการอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</p> <p>๑๖. ร่วมพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)</p> <p>๑๗. กำกับติดตามและสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มและ surveillance system</p> <p>๑๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>๑๙. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p> <p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โดยใช้กลไก MCH. Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.)</p> <p>๒. สร้างกระแส/รณรงค์ “จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กดักสิลา ๔.๐” และ “มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต” เป็นนโยบายสำคัญตำบล</p> <p>๓. จัดบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพให้ได้มาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>๔. จัดระบบติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดที่มีภาวะเสี่ยงรวมทั้งส่งต่อเพื่อพบแพทย์, สูติรีแพทย์</p> <p>๕. จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official</p> <p>๖. จัดระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline /line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่</p> <p>๗. จัดระบบการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ การคัดกรองภาวะดาวน์ซินโดรม ภาวะการคลอดก่อนกำหนด ไวรัสตับอักเสบบี และสุขภาพจิต</p> <p>๘. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตระหนักและปรับ พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์</p> <p>๙. สร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว ชุมชน inter-generation และภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นการดูแลหญิงตั้งครรภ์และส่งเข้าถึงระบบบริการคุณภาพ โดยใช้กลไก พชต.</p> <p>๑๐. สร้างการมีส่วนร่วมและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายให้สามารถค้นหาการตั้งครรภ์ในระยะต้นและส่งเข้าถึงระบบบริการตามคุณภาพ</p> <p>๑๑. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้มให้ถูกต้องตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๑๒. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการ ๓ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพ คนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ตัวชี้วัด : ๑๐. ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน ๑๑. ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ๑๓. ความสำเร็จของการพัฒนาการเล่นในหมู่บ้าน</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต และจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการ พชจ./พชอ. ๒. ประชุม MCH board ระดับจังหวัดทุก ๓ เดือน, CPM จังหวัด/อำเภอ ๓ ครั้ง ๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ ๔. ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการคลินิก WCC คุณภาพ มีโรงเรียนพ่อแม่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM ๖. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปี หรือมากกว่า ๗. จัดทำหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เพื่อให้ชุมชนมีแนวปฏิบัติดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยในชุมชน ๘. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน best practice เช่น ลานเล่นในชุมชนและการส่งเสริมพัฒนาการตามภูมิปัญญาท้องถิ่น ๙. สนับสนุนให้สถานบริการบริการสาธารณสุขทุกระดับ และภาคีเครือข่ายมีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก ๑๐. จัดทำแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ๑๑. จัดทำแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า ๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑๓. พัฒนาลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ</p> <p>๑๔. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่าง ๆ</p> <p>๑๕. ประเมินรับรองมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก คุณภาพ/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันของชีวิต</p> <p>๑๖. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๑๗. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม</p> <p>๑๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน /สรุปผล/ วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ แรกของชีวิต/จังหวัดไอโอดีนยังยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ โดยมีคณะกรรมการ พขอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p> <p>๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอ</p> <p>๓. สร้างกระแส/รณรงค์ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/จังหวัดไอโอดีนยังยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ</p> <p>๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานในคลินิก WCC คุณภาพ จัดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และจัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี</p> <p>๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM</p> <p>๖. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กปี ๒๕๖๐ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เน้นการดำเนินการตามบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า</p> <p>๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันของชีวิต และจังหวัดไอโอดีนยังยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ ในระดับอำเภอ/ตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติอาหารเด็ก อายุ ๖ เดือน-๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก</p> <p>๙. จัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน และเน้นกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า/ใช้ โดด นม นอน สอนเด็กแปรงฟัน</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑๐. ส่งเสริมให้เกิดลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามภูมิปัญญาท้องถิ่น/เกิดนวัตกรรมในชุมชน</p> <p>๑๑. ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า</p> <p>๑๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/อสม. เรื่องพัฒนาการเด็ก/Triple-P/โภชนาการ/สุขภาพช่องปาก/ วัคซีน ฯลฯ</p> <p>๑๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอและตำบล ใน WCC/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/อสม.</p> <p>๑๔. พัฒนาความรู้ ทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๑๕. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่าง ๆ เช่น ในชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น</p> <p>๑๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๑๗. ส่งเสริมการใช้ Application ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก</p> <p>๑๘. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media</p> <p>๑๙. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice อำเภอที่มีการส่งเสริมและแก้ไข ปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย การดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรก ของชีวิต โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น</p> <p>๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือน ทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก</p> <p>๒๑. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๒๒. กำกับติดตามการนำเข้าสู่ข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม</p> <p>๒๓. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/สรุปผล/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ โดยมีคณะกรรมการ พขอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๒. ประชุม MCH board ระดับอำเภอ</p> <p>๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต/จังหวัด ไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดและอำเภอ</p> <p>๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานในคลินิก WCC คุณภาพ จัดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ และจัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี</p> <p>๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกลับสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM</p> <p>๖. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เน้นการดำเนินการตามบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า</p> <p>๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันของชีวิต และจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ ในระดับตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พขอ.</p> <p>๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติอาหารเด็ก อายุ ๖ เดือน-๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก</p> <p>๙. จัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน และเน้นกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า/ไข่ โอด นม นอน สอนเด็กแปรงฟัน</p> <p>๑๐. ส่งเสริมให้เกิดลานเล่นในชุมชนตามค่ากลางที่กำหนดและลานเล่นคุณภาพ และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามภูมิปัญญาท้องถิ่น/เกิดนวัตกรรมในชุมชน</p> <p>๑๑. ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า</p> <p>๑๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/ อสม. เรื่องพัฒนาการเด็ก/Triple-P/ โภชนาการ/สุขภาพช่องปาก/ วัคซีน ฯลฯ</p> <p>๑๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอและตำบล ใน WCC/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/อสม.</p> <p>๑๔. พัฒนาความรู้ ทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๑๕. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่างๆ เช่น ในชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๑๗. ส่งเสริมการใช้ Application ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก</p> <p>๑๘. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media</p> <p>๑๙. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice อำเภอที่มีการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย การดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC จังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ และการเล่นในชุมชน เป็นต้น</p> <p>๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือน ทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก</p> <p>๒๑. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด สุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๒๒. นำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ เพิ่ม</p> <p>๒๓. สรุปผลการดำเนินงาน/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข</p>
<p>๑๒ : ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ทีมประเมินระดับจังหวัด/อำเภอ และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข</p> <p>๒. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๓. นิเทศ ติดตามและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๔. มอบโล่รางวัล/เกียรติบัตรแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด</p>
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ/ตำบล และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข</p> <p>๒. ประชุมทีมประเมินระดับอำเภอเพื่อทบทวนเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>๓. ส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๔. อบรมครูพี่เลี้ยงเด็ก/ผู้ประกอบการอาหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านพัฒนาการ/การเจริญเติบโต/ช่องปาก/โรคติดต่อ/สิ่งแวดล้อม/อาหารปลอดภัย</p> <p>*เน้นให้เด็กทุกคนได้กินไขอย่างน้อย ๑ ฟอง/คน/วัน</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๕. ประเมินรับรองและรายงานผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติให้จังหวัด ปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๖. จัดทำสื่อ/แผ่นพับ/คู่มือปฏิบัติงาน/แบบรายงาน/แบบคัดกรองสนับสนุนแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</p> <p>๗. ประเมิน/ประกวดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับอำเภอ</p> <p>๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมอบโล่รางวัล/เกียรติบัตรแก่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับอำเภอ</p>
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับงานตำบล</p> <p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ/ตำบล และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่วยงานสาธารณสุข</p> <p>๒. ส่งเสริมให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</p> <p>๓. ร่วมกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและส่งรายงานให้อำเภอ</p> <p>๔. ร่วมกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะแก่ผู้ปกครองในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการด้วยกระบวนการกิน กอด เล่น เล่า/Triple-P</p> <p>๕. จัดโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่า ตายายในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</p> <p>๖. รณรงค์และประชาสัมพันธ์นมแม่ พัฒนาการเด็ก ฟัน วัคซีน อุบัติเหตุ โภชนาการ</p> <p>๗. สนับสนุน ส่งเสริมภาวะโภชนาการในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย *เน้นให้เด็กทุกคนได้กินไขอย่างน้อย ๑ ฟอง/คน/วัน</p> <p>๘. กำกับติดตามให้ผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทำการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือ DSPM และจัดกิจกรรมการเรียนการสอนให้สอดคล้องกับพัฒนาการตามคู่มือ DSPM</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐

๒. คำนิยาม

เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	วัดผลปี ๖๔ โดยกรมสุขภาพจิตดำเนินการสุ่มประเมินฯ	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย
๒. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๙, ๒๕๗๔, และ ๒๕๗๙ (สำรวจทุก ๕ ปี)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ปี ๒๕๖๔ : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้น ป.๑ ทั่วประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิตยังไม่แจ้งผลการประเมินฯ ปี ๒๕๖๔)

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานนโยบาย กับ สพป. ทั้ง ๓ เขต และเตรียมพื้นที่รองรับการประเมิน IQ จากกรมสุขภาพจิต ๒. ประสานกิจกรรมพัฒนา IQ ร่วมกับ สพป. ทั้ง ๓ เขต ๓. ประสานการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา IQ ร่วมกับโรงเรียนโดยผ่าน สพป. ทั้ง ๓ เขต <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองปัญหาทางการเรียนรู้ 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 เรื่องการวินิจฉัยและการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง และกำหนดแนวทางการส่งต่อ/วินิจฉัย ผ่านโครงการโรงพยาบาลจิตแพทย์พี่เลี้ยง พร้อมกำหนดแม่เครือข่าย (Node) และลูกข่าย เพื่อการส่งต่อ/วินิจฉัย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนา IQ เด็กวัยเรียนของอำเภอ และเตรียมคืนข้อมูลผลประเมิน IQ จากกรมสุขภาพจิต วางแผนกลยุทธ์เพื่อพัฒนาฯ ต่อไป ๒. ประสานการจัดบริการจัดการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา IQ ร่วมกับโรงเรียนตามแนวทาง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรอง - การช่วยเหลือเบื้องต้น - การส่งต่อ - การติดตามดูแลต่อเนื่อง/บูรณาการงานเยี่ยมบ้านกับโรงเรียน ๓. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ การคัดกรองปัญหาทางการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SITMM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ. - KUS-SI Rating Scales (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - SNAP-IV (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. <li style="padding-left: 20px;">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
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ. - KUS-SI Rating Scales (ส่งต่อให้ พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - SNAP-IV (ส่งต่อให้ พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. <li style="padding-left: 20px;">๑.๒ การคัดกรองปัญหา ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้ - แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ) - แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ) ๒. ส่งต่อข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นและติดตามดูแลต่อเนื่อง ๓. เตรียมพื้นที่รองรับการประเมิน IQ จากกรมสุขภาพจิต

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน

๒๐. ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. คำนิยาม

โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส

ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - ๒ S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ

ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $> + ๒$ S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี ๒๕๔๒

ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า - ๒ S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ มีค่าระหว่าง $+๑.๕$ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)

ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ ๑๒ ปี (เด็กอายุ ๑๒ ปี เต็ม ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

การพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีการจัดระบบการบริหารให้ทุกคน ในโรงเรียนสื่อสารดูแลสุขภาพของตนเองและนักเรียน ทำให้นักเรียนรู้จัก ค้นหาข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและบอกต่อสื่อสารผู้อื่นได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความสามารถและทักษะของนักเรียนในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ ทบทวนซักถาม จนเกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถสื่อสารบอกต่อให้กับผู้อื่นได้ในระดับดีมาก โดยครอบคลุมประเด็นการบริโภคอาหาร ทัศนสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ๔ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการค้นหาข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลใด ๆ ที่มีความน่าเชื่อถือ โดยพิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ

๒. ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการอธิบาย ระบุ เปรียบเทียบ หรือแปลความหมายเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งสามารถวิเคราะห์พิจารณาข้อมูลสุขภาพที่ได้รับไปใช้

๓. การทบทวน ชักถาม หมายถึง หมายถึงความสามารถในการตั้งคำถาม โต้ตอบ อภิปราย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลสุขภาพได้

๔. การตัดสินใจ หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มาใช้เป็นทางเลือกที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อสุขภาพของตนเอง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงที่สมส่วน	๗๒	๖๘
ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	-	๑๐

๔. วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งมีภาวะการเจริญเติบโตสมวัย

๕. แหล่งข้อมูล : ๑. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition

๒. ระบบรายงานประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล

๑. เด็กวัยเรียน(๖-๑๔ ปี) มีภาวะผอม	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะผอม	X ๑๐๐
	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ซั้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๒. เด็กนักเรียน(๖-๑๔ ปี) มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	X ๑๐๐
	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ซั้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๓. เด็กวัยเรียน(๖-๑๔ ปี) มีภาวะเตี้ย	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะเตี้ย	X ๑๐๐
	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ซั้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๔. เด็กนักเรียน(๖-๑๔ ปี) สูงดีสมส่วน	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	X ๑๐๐
	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ซั้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๕. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๑๒ ปี	ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง จำนวนประชากรชายอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๖. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๑๒ ปี	ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง จำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๗. ความครอบคลุม	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ทั้งหมดในโรงเรียน	X ๑๐๐
	จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ซั้งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๘. ร้อยละโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)	จำนวนโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)	X ๑๐๐
	จำนวนโรงเรียนระดับประถมศึกษาทั้งหมด จังหวัดมหาสารคาม	

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

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

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ตัวชี้วัดที่ : ๑๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๘) ๒๐. ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ ๑๐)</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับจังหวัด คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร และทะเบียนผู้รับผิดชอบงานให้เป็นปัจจุบัน ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่</p> <p>๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา โดยมี การจัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ รายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ ๒ ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕) พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค. - ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๔) พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ย., ธ.ค., ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ. <p>๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) เด็กไทยสายตาสั้น โดยติดตาม ควบคุม กำกับ และ ประเมินผลเป็นรายเดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามที่พื้นที่ร้องขอ - ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล - ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SITMM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>- ส่งเสริมให้มีการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่นักเรียนให้ครอบคลุม</p> <p>- พัฒนาคลินิก DPAC เด็กวัยเรียน</p> <p>๔. บูรณาการร่วมกับงาน Smart Kids Taksila 4.0 และการดำเนินงานของกระทรวงศึกษาธิการ เช่น ร่วมจัดกิจกรรมวันเด็กของจังหวัด กิจกรรมวันตีมนมโลก Covid-19 in School</p> <p>๕. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพนักเรียนทุกภาคเรียน และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ HDC</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับอำเภอ คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ และทะเบียนผู้รับผิดชอบงานให้เป็นปัจจุบัน ชับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่</p> <p>๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ(อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา โดยมีการ จัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ รายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ ๒ ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕) <p>พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๔) <p>พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ย., ธ.ค., ม.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ.</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยติดตาม ควบคุม กำกับและ ประเมินผลเป็นรายเดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามที่พื้นที่ร้องขอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SITMM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>- ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล - ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - ส่งเสริมให้มีการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่นักเรียนให้ครอบคลุม - เด็กไทยสายตาดี - พัฒนาคลินิก DPAC เด็กวัยเรียน - best practice ในอำเภอ เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน <p>๔. บูรณาการร่วมกับงาน Smart Kids Taksila 4.0 และการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมจัดกิจกรรมวันเด็กในอำเภอ กิจกรรมวันดีมีนมโลก การตรวจวัดสายตาเด็กนักเรียน Covid-19 in School เป็นต้น</p> <p>๕. เยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. เร่งรัดติดตามการดำเนินงานตรวจสุขภาพนักเรียนทุกภาคเรียน การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ HDC</p> <p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <p>๑. คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับตำบล คณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และทะเบียนผู้รับผิดชอบงานของ รพ.สต. และโรงเรียนในพื้นที่ให้เป็นปัจจุบัน ชับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่</p> <p>๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา โดยมี การจัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบ รายงานข้อมูลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ ๒ ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๕) <p>พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค.</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SITMM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>- ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๔)</p> <p>พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดสวนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ย., ธ.ค., ม.ค.</p> <p>ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ.</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงที่สุดมีส่วนร่วม การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยติดตาม ควบคุม กำกับและ ประเมินผลเป็นรายเดือน</p> <p>- ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามพื้นที่ร้องขอ</p> <p>- ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล</p> <p>- ประเมินความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน</p> <p>- ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>- พัฒนาคลินิก DPAC เด็กวัยเรียน</p> <p>- จ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่นักเรียนให้ครอบคลุมทุกคน และมีมาตรการ/แนวทางในการตรวจติดตามการรับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กของนักเรียน</p> <p>- best practice ในพื้นที่ เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน</p> <p>๔. บูรณาการร่วมกับงาน Smart Kids Taksila 4.0 และการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมจัดกิจกรรมวันเด็กในตำบล กิจกรรมวันดีมีนมโลก การตรวจวัดสายตาเด็กนักเรียน Covid-19 in School เป็นต้น</p> <p>๕. เยี่ยมเสริมพลังโรงเรียน เร่งรัดติดตามการดำเนินงานตรวจสุขภาพนักเรียนทุกภาคเรียน การจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก และกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ HDC</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป

๒. คำนิยาม

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

ความฉลาดทางอารมณ์ หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์ตนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจหรือลอบใจผู้อื่น อดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิด หรือยอมรับผิด พร้อมทั้งจะพัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ โดยมีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทั้งทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจ และความสนุกสนานร่าเริง

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางอารมณ์ของเด็กไทย
๒. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย

๕. แหล่งข้อมูล

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

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : โรงเรียนประถมศึกษา ๑ แห่งใน ๑ อำเภอ เป็นตัวแทนการประเมินครั้งนี้ โดยผลการประเมินได้จากการประเมินตาม “แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ ๖-๑๑ ปี (ฉบับย่อ) สำหรับครู”

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่างที่มีความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือสูงกว่า

B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี ๒๕๖๕

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

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A/B) \times ๑๐๐$$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสรณจิต อินทร

โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : น.ส.นวลปรางค์ ดวงสว่าง

โทร. ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ตัวชี้วัดที่ ๑๗ : ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานนโยบาย กับ สพป. ทั้ง ๓ เขต ๒. ประสานกิจกรรมพัฒนา EQ ร่วมกับ สพป. ทั้ง ๓ เขต ๓. ประสานการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา EQ ร่วมกับโรงเรียนโดยผ่าน สพป. ทั้ง ๓ เขต <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน - การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน - การจัดระบบบริการ ช่วยเหลือ/ติดตาม/ส่งต่อ ให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงเรียน ๔. วางแนวทางการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ: ครอบคลุม/ชุมชน/อปท./โรงเรียน ๕. ประสานการพัฒนา สมรรถนะแพทย์/เภสัชกร เรื่องการวินิจฉัยและการดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยง และกำหนดแนวทางการส่งต่อ/วินิจฉัย ผ่านโครงการโรงพยาบาลจิตแพทย์พี่เลี้ยง พร้อมกำหนดแม่เครือข่าย (Node) และลูกข่าย เพื่อการส่งต่อ/วินิจฉัย ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ <p><u>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนพัฒนา EQ เด็กวัยเรียนของอำเภอ ๒. ประสานการจัดบริการจัดบริการด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนา EQ ร่วมกับโรงเรียนตามแนวทาง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรอง - การช่วยเหลือเบื้องต้น - การส่งต่อ - การติดตามดูแลต่อเนื่อง ๓. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรองแบบใดแบบหนึ่งดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ.

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<ul style="list-style-type: none"> - KUS-SI Rating Scales (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - SNAP-IV (พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. ๓.๒ การคัดกรองปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/ คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้ - แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ) - แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ) <p>๔. จัดให้มีบุคลากรผู้รับผิดชอบในการพัฒนา EQ ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล (พยาบาลสุขภาพจิตเวชเด็กและวัยรุ่น) ฯลฯ</p> <p>๕. สรุปผลการดำเนินงานและทบทวนระบบการพัฒนา EQ ร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไป</p>
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. ประสานข้อมูลการคัดกรองเด็กวัยเรียนกับโรงเรียน</p> <p> ๑.๑ การคัดกรองปัญหาด้านการเรียนรู้ โดยใช้แบบประเมิน/คัดกรอง แบบใดแบบหนึ่งดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบสังเกตพฤติกรรม ของ สพฐ. - KUS-SI Rating Scales (ส่งต่อให้ พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - SNAP-IV (ส่งต่อให้ พยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น เป็นผู้ดำเนินการ) - แบบคัดกรองเด็กพิเศษของ สพฐ. <p> ๑.๒ การคัดกรองปัญหา ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ โดยใช้แบบประเมิน/ คัดกรองแบบใดแบบหนึ่ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน (SDQ) - แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี (แบบประเมิน EQ ฉบับย่อ) <p>๒. ส่งต่อข้อมูลเด็กกลุ่มเสี่ยงเพื่อการช่วยเหลือเบื้องต้นและติดตามดูแล ต่อเนื่อง</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

๒. คำนิยาม

กลุ่มอายุ ๑๒ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน และอาศัยในพื้นที่
รับผิดชอบจังหวัดมหาสารคาม

ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ หรือผุ และได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มี
ความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ ๑๒ ปี

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ณ วันมารับบริการอยู่ในพื้นที่รับผิตชอบเป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๗ OHSP ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ(cavity free) (คน) -> คอลัมน์ A จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุเป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก อยู่ในพื้นที่รับผิตชอบ เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๗ OHSP ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ(cavity free) (คน) -> คอลัมน์ B จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเพชรรัตน์ บุตะกะ

ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน ทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)</p> <p>โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๘ :</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. เสริมสร้างความสามารถให้ทันตบุคลากรและชุมชนได้ควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของเขาเอง (build capacity) เสริมสร้างพลัง (empower) ภาคีเครือข่าย อสม. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒. พัฒนา หรือผลักดันให้เกิดสิ่งเอื้ออำนวย เพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้คน และชุมชน เช่น นโยบายสาธารณะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ข้อกำหนดในโรงเรียน นโยบายสาธารณะในชุมชน (enable) ก่อกระแส (advocate) ประสานไมตรี ไกล่เกลี่ย (mediate+) ลดความขัดแย้ง เจริญต่อรอง ไกล่เกลี่ย (mediate-)</p>
<p>ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. มีทันตบุคลากรเป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในแต่ละกลุ่มวัยให้ชัดเจน</p> <p>๒. มีการปรับปรุงวิธีการดำเนินงาน หรือกระตุ้นสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายมีบทบาทที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เช่น ครูอนามัย ผู้บริหารโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงเด็ก ชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้ประกอบการ อบต. เทศบาล โดยยึดหลักการกฎบัตรกรุงเทพ</p> <p><u>กลยุทธ์ ๕ ประการของกฎบัตรกรุงเทพ (BANGKOK CHARTER, ๒๐๐๕: PIRAB)</u></p> <p>๑. Partner and build alliance : สร้างภาคีเครือข่ายและพันธมิตร</p> <p>๒. Invest : ลงทุนเพื่อพัฒนาโครงสร้างและระบบงาน</p> <p>๓. Regulate and legislate : พัฒนาระบบการกำหนดและบริหารนโยบายสาธารณะ,ข้อกำหนด การควบคุม</p> <p>๔. Advocate : ชี้แนะและสร้างความตระหนักรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>๕. Build capacity : พัฒนาสมรรถนะบุคลากร</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างทันตบุคลากร เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน</p> <p>๒. ค้นหาบุคคลต้นแบบ จัดทำสื่อ เผยแพร่สื่อ เพื่อให้เกิดกระแสการดูแลสุขภาพช่องปาก</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
	<p>๓. สพด./ โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ลูกอม ขนมกรุบกรอบ สนับสนุนการกินอาหารที่ถูกสุขลักษณะ (เน้นสุก สะอาด)/ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ/ กินผักผลไม้ /ขนมสีเดียว (ใน ๑ วันไม่กินขนมเกิน ๒ ครั้ง) /กินอาหาร ขนมแล้วแปรงฟันทันที (สพด.คือ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย)</p> <p>๔. <u>เน้นการแปรงฟันหลังอาหารทุกมื้อด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์/ (๒ ๒ ๒) เน้นแปรงหลังอาหารเข้า-ก่อนนอน/แปรงฟันอย่างน้อย ๒ นาที/หลังแปรงฟันไม่กินอะไร ๒ ชั่วโมง / ผู้ใหญ่แปรงฟันซ้ำให้เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง ๗ ปี</u></p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๙. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี

๒. คำนิยาม

จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อ จำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕- ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราต่อพัน

ชื่อตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๒๗	๒๕

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจาก Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล ๑	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล ๒	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิด มีชีพ (LBORN)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=๑,๓)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากระบบ HDC (A/B) X ๑,๐๐๐
รายการข้อมูล ๒ (adjusted) : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted)	
รายการข้อมูล ๑	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา
รายการข้อมูล ๒	B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ ๑ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๕ X ๔ ไตรมาสที่ ๒ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๕ X ๔ /๒ ไตรมาสที่ ๓ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ ปี ๒๕๖๕ X ๔/๓ ไตรมาสที่ ๔ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๔ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted) AXB

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเยาวลักษณ์ บุระวัฒน์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๔ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๒. คำนิยาม

ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หมายถึง ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๒ ขึ้นไปต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการการคลอดทั้ง การคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท

๓. เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ

ชื่อตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑๓.๕	๑๓

๔. วัตถุประสงค์

- เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีการตั้งครรภ์ซ้ำลดลงไม่เกินร้อยละ ๑๓
- เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๒ ขึ้นไปต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพและการแท้งทุกประเภท

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : เก็บรวบรวมข้อมูลจาก Health Data center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล ๑	ข้อมูลจากหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพและ การแท้งทุกประเภท ที่มีในแฟ้ม Labor
แหล่งข้อมูล ๒	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	
รายการข้อมูล ๑	<p>A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอดทั้งการคลอด/แท้งบุตรจากแม่ LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปีเศษลงน้อยกว่า ๒๐ ปี - เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ ๒ ขึ้นไป GRAVIDA(LABOR) ≥ 2 นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID+BDATE)
รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอดทั้งการคลอด/แท้งบุตรจากแม่ LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปีเศษลงน้อยกว่า ๒๐ ปี นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID+BDATE)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเยาวลักษณ์ บุระวัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย โครงการที่ ๔ : การพัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น ตัวชี้วัดที่ ๑๙ : อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๕ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕- ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ตัวชี้วัดที่ ๒๑ : ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำ ของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย กว่า ๒๐ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๓</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ๒. จัดประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดมหาสารคาม เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๓. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๔. บูรณาการกับงานแม่และเด็ก ร่วมประชุม MCH board ระดับจังหวัด ๕. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับจังหวัด ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๖. นิเทศ/ติดตาม/กำกับ การประเมิน โรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐาน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Service: YFHS) แบบออนไลน์ ๗. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - งานแม่และเด็กโดยร่วมเป็นคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด - งานอื่น ๆ ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูป็นัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น ๙. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในการให้บริการฝังยาคุมกำเนิด ๑๐. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น ได้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุข หน่วยงานคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สภากาเด็กและเยาวชน ๑๑. ส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติการได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๒. ส่งเสริมสนับสนุนในการปฏิบัติการเชิงรุก การฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียน ๑๓. ส่งเสริมสนับสนุน ควบคุม กำกับให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดทุกราย ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ๑๔. กำกับ ติดตาม และสร้างความเข้มแข็งระบบข้อมูล HDC ๑๕. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน แบบออนไลน์ ๑๖. ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ๑๗. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่เจ้าหน้าที่ของ รพ.. สสอ. รพ.สต. ครู สภาเด็กและเยาวชน อปท. แบบออนไลน์ ๒. จัดทำฐานข้อมูลวัยรุ่นในระดับอำเภอ ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๓. นำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เข้าในวาระการประชุม พขอ. เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับอำเภอ ๕. โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน YFHS แบบออนไลน์ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ๖. โรงพยาบาล ที่ประเมินตามมาตรฐาน YFHS แบบออนไลน์ ในปี ๒๕๖๔ ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ดำเนินการประเมินตนเอง เพื่อคณะกรรมการระดับจังหวัดจะได้ยืนยันผลการประเมิน ๗. จัดให้มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่าง ๆ ๘. ส่งเสริม สนับสนุน ให้องค์กรทุกระดับจัดบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น ๙. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - งานแม่และเด็กโดยร่วมเป็นคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ - งานอื่น ๆ ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทูป็นัมเบอร์วัน งานเอดส์ ๑๐. คัดเลือกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเพื่อเข้ารับการอบรมฝึ่งยาคุมกำเนิด ๑๑. ประชุมหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน แบบออนไลน์ ๑๒. สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมายได้แก่วัยรุ่น ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๓. ปฏิบัติการเชิงรุกการการฝึ่งยาคุมกำเนิดในโรงเรียน ๑๔. จัดบริการให้หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่มาคลอดได้รับการฝึ่งยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน ทุกราย ๑๕. ลงรายงานระบบข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๑๖. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน แบบออนไลน์ ๑๗. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ แบบออนไลน์ ๑๘. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมรับทราบแนวทางการดำเนินงานเพื่อทราบแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบบออนไลน์ ๒. จัดทำข้อมูลวัยรุ่นในระดับตำบล ได้แก่ สถานการณ์การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ซ้ำ การเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และได้รับบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น ๓. นำข้อมูลสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เข้าในวาระการประชุมสภาตำบล. เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๔. จัดทำแผนงานบูรณาการหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับตำบล ๕. จัดให้มีบริการด้านสุขภาพวัยรุ่น มีมุมเพื่อนใจวัยรุ่น โดยประยุกต์ตามมาตรฐาน YFHS ๖. จัดให้มีช่องทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในรูปแบบต่าง ๆ ที่หลากหลาย เช่น การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สื่อ social media ในรูปแบบต่าง ๆ และทางหอกระจายข่าวหมู่บ้าน ๗. บูรณาการการดำเนินงานกับงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานสุขภาพจิต ยาเสพติด ทุพพิกัด เบอร์วัน งานเอดส์ ๘. ประชุมหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นในพื้นที่ เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน แบบออนไลน์ ๙. สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีกลุ่มเป้าหมายได้แก่วัยรุ่น ได้รับสื่อประชาสัมพันธ์ ข่าวสาร การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ๑๐. ร่วมกับโรงพยาบาลปฏิบัติการเชิงรุกการฝังยาคุมกำเนิดในโรงเรียน ๑๑. ให้ความรู้ ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้หญิงวัยรุ่นในพื้นที่ที่ตั้งครรภ์ได้รับการฝังยาคุมกำเนิดก่อนกลับบ้านทุกราย และติดตามเยี่ยมบ้าน ๑๒. ลงรายงานระบบข้อมูล HDC ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ๑๓. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน แบบออนไลน์ ๑๔. ร่วมประชุมสรุปผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ แบบออนไลน์ ๑๕. วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๕ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๒ ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

๒. คำนิยาม :

๑. **วัยทำงาน** หมายถึง ประชาชนอายุ ๓๐ ปี ๐ เดือน ๐ วัน - ๔๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./ รพช./ รพท. และ รพ.สต.

๒. **ดัชนีมวลกายปกติ** หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕-๒๒.๙ กก./ตรม. โดยคำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ตรม.)

การขับเคลื่อนการดำเนินงานร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง

๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ

๒. มีแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการติดตามประเมินผลในประเด็นเพื่อให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ

ผู้นำด้านสุขภาพ (Health leader) หมายถึง ผู้ที่มีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและสามารถกระตุ้นให้บุคคลอื่นๆในชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ด้านการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๕๗

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี

๕. แหล่งข้อมูล

- Health data Center (HDC)

- รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐ ปี ๐ เดือน ๐ วัน - ๔๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีดัชนีมวลกายปกติทั้งหมด

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๓๐ ปี ๐ เดือน ๐ วัน - ๔๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนิชดา เทศาพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร ๐๖๑ ๑๙๖ ๑๓๑๗

e-mail. : nichada.2507@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงาน ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ โครงการ ๕ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน ตัวชี้วัด ๒๒ : ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา ๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน ลงข้อมูลระบบ HDC ๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ ๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหา ๖. บูรณาการร่วมกับงาน NCD ๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน ๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การลงข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC ทุกๆ เดือน ๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย พขอ. รพช. รพ.สต. อปท. ๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาพร้อมจัดกิจกรรม มีนวัตกรรมอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง ๕. บูรณาการร่วมกับงานสุขศึกษา สุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ NCD ๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีผู้รับผิดชอบระดับตำบล แผนงาน ทะเบียนการคัดกรองสุขภาพ ๒. มีแนวทางการดำเนินงาน/แผนการขับเคลื่อนงานคัดกรองสถานะสุขภาพ/ประเมินแยกกลุ่มความเสี่ยง/การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓. บันทึกข้อมูล HDC รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่น ๆ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือด้วยให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ฐานะเป็นประชาชนในครอบครัวที่มีความรอบรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ บูรณาการร่วมกับงาน สุขศึกษา สุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ NCD</p> <p>๕. เยี่ยมเสริมพลัง ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๖. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหาภาคเครือข่ายในชุมชน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

๒. คำนิยาม

๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

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

๓. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง

- การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกอายุ รอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

**** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา

๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

๒. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)

- พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)
- เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล
- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย
- การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)
- ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

๕. แหล่งข้อมูล

- Blue Book Application กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย

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

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ : ๖ เดือนแรก (เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๕) รอบที่ ๒ : ๖ เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน ๒๕๖๕)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร ๐๙๑ ๘๖๗ ๔๓๙๙ e-mail : pisamai.sri@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการตรวจช่องปาก

๒. คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มกราคม

ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน

ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้เกิดความพิการและจำกัด ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน

ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาทั้งปาก โดยทันตบุคลากร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ (ระดับประเทศกำหนดที่ร้อยละ ๔๐)

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจช่องปาก	๓๐	๔๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

๑. ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยตนเองและ/หรือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงกับระบบบริการ

๒. ได้รับการบริการสุขภาพช่องปากด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาตามความจำเป็น เพื่อให้คงสภาพและลดการสูญเสียฟัน ทางระบบบริการ (ทั้งปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ) แบบครบวงจร

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๖ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก -> คอลัมภ์จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑๗.๒๖ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก -> คอลัมภ์ จำนวนผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง รวมเป็นภาพรวม
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๖ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๑ : ร้อยละ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ในหลักสูตรอบรม Care Manager / Care Giver (บูรณาการร่วมกับ cluster ผู้สูงอายุ) - พัฒนา/ผลักดัน การจัดทำ oral care plan และการรายงานข้อมูลในระบบ - สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย รร.ผู้สูงอายุ มีความเข้มแข็ง มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีนวัตกรรม <p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการประเด็นการดูแลสุขภาพช่องปาก ในหลักสูตรอบรม Care Manager/ Care Giver เน้นการดูแลสุขภาพช่องปาก การบริหารช่องปาก "KENKOBI" - พัฒนา/จัดทำ oral care plan และการรายงานข้อมูล - สนับสนุนความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย รร.ผู้สูงอายุ <p>ในชมรม - เน้นกิจกรรม/นวัตกรรม การสื่อสาร,การดูแลตนเองโดยชมรมอย่างต่อเนื่อง ในประเด็นลดการสูญเสียฟัน ลดปัจจัย/พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็ง โรคในช่องปากอื่น ๆ หรือน้ำลายแห้ง</p> <p>นอกชมรม - พัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูล ผ่านระบบออนไลน์</p> <p>ปชช.ทั่วไป - พัฒนาระบบการประเมิน/เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยตนเอง เพื่อประเมินความเสี่ยงและความจำเป็นในการรับบริการ (บูรณาการกับ cluster ผ่าน application H4U)</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการ และในชุมชน

๒๔.๑ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๒๔.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๒. คำนิยาม

๒.๑ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq ๑๒ คะแนน ทั้งเพศชาย และเพศหญิง

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้ว ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

๑. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สละสม ๑๕๐ นาที/สัปดาห์

๒. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ – ๗ วันต่อสัปดาห์)

๓. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว

๔. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่

๕. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)

๖. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรับประทานยาต่อเนื่อง)

๗. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๗ – ๘ ชั่วโมง

๘. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

หมายเหตุ:

๑. ผ่านการประเมินทั้ง ๘ ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๒. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และ

กิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. ๒๕๖๑ - ๒๕๗๓)

๓. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ - ๗ วันต่อสัปดาห์)

๔. อ้างอิงดัชนีที่ ๘ ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕ - ๒๕๖๕)

ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๑

๒.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนาสนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

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

องค์ประกอบที่ ๑ ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

- ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน

- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ ๒ ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ ๓ มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่

- มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

- มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุม

โรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล

- มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปโภคการจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

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

องค์ประกอบที่ ๕ มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living:ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ ๙ เดือนและรอบ ๑๒ เดือน ดัชนีในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก

- 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๓.๑ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐
๓.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
๒. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น
๓. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม
๔. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุ และชุมชน
๕. เพื่อดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

- ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq ๑๒ คะแนน
- วิธีการจัดเก็บข้อมูล
 ๑. บันทึกใน Application Health For You (H๔U)
 ๒. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)
- แหล่งข้อมูล
 ๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
 ๒. โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน

๕.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

- ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา
๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา

- วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ช่องทางการดำเนินการ ดังนี้

๑. ระบบการศึยผลรายงานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม ในรหัส special pp (สนย.)
๒. ระบบรายงาน Health data center report (ข้อมูลสรุปจาก ๔๓ เพิ่ม)
๓. โปรแกรม ltc.nhso.go.th/ltc (บันทึกรับงบบฯ และบันทึกคะแนน ADL หลังบริการ ๙, ๑๒ เดือน)
๔. โปรแกรม ltc.moph.go.th (บันทึก CG CM CP และประเมินตำบล LTC)
๕. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

- แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน

๖. รายการข้อมูล

๖.๑ ร้อยละของประชากรสูงอายุมิ่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ หมายเหตุ: จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมควรได้รับการประเมินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน ๒๕๖๔ – กรกฎาคม ๒๕๖๕

๖.๒ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ : ๖ เดือนแรก (เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - เดือนมีนาคม ๒๕๖๕) รอบที่ ๒ : ๖ เดือนหลัง (เดือนเมษายน - เดือนกันยายน ๒๕๖๕)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร ๐๙๑ ๘๖๗ ๔๓๙๙ e-mail : pisamai.sri@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

๒. คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน หมายถึง มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอก ที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ทุกหัวข้อ

- มีระบบการคัดกรอง หรือ รับส่งต่อจากระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน

(community screening)

- มีการประเมิน วินิจฉัย กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย ๒ จาก ๙

เรื่อง

- มีระบบการดูแลรักษา กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย ๒ จาก ๙

เรื่อง

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

- มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ และ ปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ ไว้ให้พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก

- มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุ ได้รับการรักษากลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม

- คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ หมายถึง มีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุขึ้นเป็น การเฉพาะ โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ของกรมการแพทย์ ในระดับ ๒๐ คะแนนขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ			
ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ผ่านเกณฑ์ ระดับคุณภาพ (เฉพาะรพ.ขนาด M๒ ขึ้นไป)	≥ ๓๐%	≥ ๗๕%	≥ ๑๐๐%

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมออง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ประเมินตามแบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และรายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๒. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

แหล่งข้อมูล : จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดย รพท./รพช.

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป
	B = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M๒ ขึ้นไปที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ
	C = จำนวนโรงพยาบาลขนาด M๒ ขึ้นไปทั้งหมด
	D = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ระดับพื้นฐาน</p> <p>ร้อยละของรพ.ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> $(A+B)/D \times 100$ <p>ระดับคุณภาพ</p> <p>ร้อยละของ รพ. ขนาด M๒ ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ</p> $(B/C) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	๑. โรงพยาบาลเป้าหมายประเมินตนเอง ไตรมาสที่ ๒ ของปีงบประมาณ ๒. คณะประเมิน ทำการประเมิน ไตรมาสที่ ๓ - ๔ ของปีงบประมาณ
เกณฑ์การประเมิน : ประเมินตามคู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร ๐๙๑ ๘๖๗ ๔๓๘๘ e-mail : pisamai.sri@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๖ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒๖.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒๖.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

๒. คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (๑) ภาวะพลัดตกหกล้ม (๒) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ภาวะพลัดตกหกล้ม จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	> ร้อยละ ๓๐	> ร้อยละ ๔๐	> ร้อยละ ๕๐
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	> ร้อยละ ๓๐	> ร้อยละ ๔๐	> ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. ประเมินตามแบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และรายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๒. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

แหล่งข้อมูล : จากการดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดย รพท./รพช. ผ่าน Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <http://agingthai.dms.moph.go.th>)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย ๒๖.๑	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย ๒๖.๒	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส
เกณฑ์การประเมิน : ประเมินตามคู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และแนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)	

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร ๐๙๑ ๘๖๗ ๔๓๙๙ e-mail : pisamai.sri@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต คนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๖ : พัฒนาและสร้างเสริม ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัย ผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดที่ *๒๓. : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงได้รับการ ดูแลตาม Care Plan</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็งในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ได้แก่ ตำบล LTC โรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ๒. ประสานความร่วมมือกับศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น ในการอบรม Care Manager/Care Giver ให้ครอบคลุมทุกตำบลและอบรมฟื้นฟู Care Manager/Care Giver/Young Care Giver ๓. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล และสรุปผลการดำเนินงาน ๔. ดำเนินการตามโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
<p>ตัวชี้วัดที่ *๒๔. : ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ ได้รับการดูแลทั้งใน สถานบริการและใน ชุมชน ตัวชี้วัดย่อยที่** ๒๔.๑ ร้อยละของประชากร สูงอายุมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ ตัวชี้วัดที่ **๒๔.๒ ร้อยละของตำบลที่มี ระบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ ตัวชี้วัดที่ *๒๕ : ร้อยละของโรงพยาบาล</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ/คลินิกผู้สูงอายุในรพ.ทุกแห่ง <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง - ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare) ๒. มีข้อมูลผู้สูงอายุ และวิเคราะห์แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ <p>ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่แยกชาย/หญิง จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ๑ กลุ่ม ๒ และกลุ่ม ๓ แยกช่วงอายุ ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐-๖๙ ปี) ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปี ขึ้นไป)</p> <p>ส่วนที่ ๒ ข้อมูลด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีฐานข้อมูลโรคกลุ่ม Geriatric syndromes - มีฐานข้อมูลโรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เผื่อระวังการหกล้มและสมองเสื่อม - มีข้อมูลผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - มีทำเนียบ Care giver/แพ้มประวัติ Care giver กำหนดบทบาทหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย - มีทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบของ Care giver แต่ละคนในพื้นที่

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
<p>ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดที่ **๒๖ : ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒๖.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒๖.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>	<p>ส่วนที่ ๓ ข้อมูลด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL) - รายชื่อ/ที่อยู่ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart) ตามคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพ - มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ - พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและ ชุมชน ๔. อบรม Care giver ดำเนินการดังนี้ - คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย - จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง ๕. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการ ดังนี้ - สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง ที่อยู่ในพื้นที่ - การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน - สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy - ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ๖. นิเทศติดตาม Care Giver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) - ติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) ๗. ขยายโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย - สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน</p> <p>๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes ๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เผื่อระวังการหกล้มและสมองเสื่อม ๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑.๔ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๘ ข้อ โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <p>๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นรายคน - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย - สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ - ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง (Daycare) <p>๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ - พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและ ชุมชน <p>๔. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ เปลี่ยนสถานะจากชมรมผู้สูงอายุให้เป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ - การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน - สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy - ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ - ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง - มีโรงเรียนผู้สูงอายุครบทุกตำบล

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๗ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

๒๗.๑ คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม ร้อยละ ๘๐

๒๗.๒ คนพิการด้านการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ร้อยละ ๕๐

๒. คำนิยาม

๒.๑ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ หมายถึง ผลการดำเนินงานเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

๒.๒ 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

๒.๓ คนพิการด้านการเคลื่อนไหว หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องหรือการสูญเสียความสามารถของอวัยวะในการเคลื่อนไหว ได้แก่ มือ เท้า แขนขา อาจมาจากสาเหตุ อัมพาต แขนขา อ่อนแรง

๒.๔ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสม หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ ได้แก่ การใช้ไม้เท้าขาว การได้รับเครื่องช่วยฟัง การได้รับเครื่องช่วยความพิการ การได้รับการฟื้นฟูทางจิตใจ การได้เบี้ยยังชีพ การได้ศึกษาในระบบพิเศษ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด ฯลฯ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ		
๑. คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม	N/A	ร้อยละ ๘๐
๒. คนพิการด้านการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	N/A	ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้คนพิการได้รับบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม

๕. แหล่งข้อมูล

- โปรแกรม <http://portal.nhso.go.th/disability> สำนักงานหลักประกันสุขภาพ ราชโอรมาส

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๑. คนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนคนพิการทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล : ๒. คนพิการด้านการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคนพิการด้านการเคลื่อนไหวได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนคนพิการด้านการเคลื่อนไหวทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสรณจิต อินทร

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๕๓๐๐

นางสาวศิริลักษณ์ ณ กาฬสินธุ์

เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๕๖๖๓ ๐๐๔๑

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๗ : โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๘ จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ

๒. คำนิยาม

การดำเนินการความรอบรู้สุขภาพ สำหรับปี ๒๕๖๕ ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ ๓ อ.”

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้ หมายถึง บุคคลจะต้องมี ๓ องค์ประกอบ ดังนี้

๑. เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว

๒. เข้าใจ ด้วยการ screening & assessment จากเครื่องมือคัดกรองและรายงานผลในระบบออนไลน์ เช่น BMI, CVD risk score, BSE, H&U, แบบประเมินความเครียด ฯลฯ

๓. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยก้าวทำใจ การควบคุมแคลอรีด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดโดยเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต

คนรอบรู้ = register + screening & assessment + Adjust Behavior

คน หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบ Application ก้าวทำใจ โดยเชื่อม platform health book ไว้แล้ว ภายใน platform health book ยังประกอบด้วย Application ๑๐ Packages (โปรแกรมการตรวจสุขภาพ), Application BSE, Application H&U, สาวไทยแก้มแดง, ไอโอดีน, Food4Health ฯลฯ

บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	๗๒,๐๔๓	๑๔๔,๐๘๖

(*อ้างอิงจากข้อมูลประชากร ณ วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ จาก HDC สสจ.มหาสารคาม : สืบค้นเมื่อ ต.ค. ๒๕๖๔)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนไทยจังหวัดมหาสารคาม โดยตั้งค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๔๔,๐๘๖ คน โดยเน้น ๓ setting ต่อไปนี้

๑. ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ
๒. ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบทผ่านการสมัครโดยตรง หรือ อสม.
๓. นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้วย Digital Health literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย ๓ อ. ด้วยตนเอง หรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น
๒. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรอบรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องการรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนครอบครัวรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ
๓. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาในระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
๔. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุนในระยะยาว

การดำเนินงาน

๑. การรับสมัครให้เข้ามา register ผ่าน Application ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลโดยอัตโนมัติ
 - ๑.๑ ชุมชน ดำเนินการผ่าน อสม. รพ.สต. หรือโรงพยาบาล เชิญชวนประชาชนเข้าสมัคร platform รอบรู้สุขภาพผ่าน Application
 - ๑.๒ โรงงาน/สถานประกอบการ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลประสานงานกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU) ๗ หน่วยงานที่ร่วมดำเนินการ ๑๐ packages โดยมีรูปแบบการดำเนินงานในสถานประกอบการ ดังต่อไปนี้
 - การจัดกิจกรรม kick off ระดับจังหวัด โดยศูนย์อนามัยและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บูรณาการร่วมกับแผนของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอได้ศึกษานำไปขยายต่อในทุกอำเภอต่อไป
 - กรมอนามัยสนับสนุนรายการต่อไปนี้ที่สามารถดาวน์โหลดในระบบออนไลน์ ประกอบด้วย แบบหนังสือแจ้งผู้ประกอบการที่ลงนามโดยหน่วยงานในพื้นที่ แบบโปสเตอร์สมัครสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งระดับดังนี้
 - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน หมายถึง เจ้าของสถานประกอบการหรือแกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ เชิญชวนสมาชิกสมัครใน Application ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ดำเนินการตามบนระบบออนไลน์
 - ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน หมายถึง ผ่านมาตรฐานสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และได้ดำเนินการ ๑๐ packages อย่างน้อย ๓ packages

- ใ้รับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพดีเด่น หมายถึง ผ่านสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน และมีการขยายเครือข่าย

๑.๓ โรงเรียน ประสานผ่านครูอนามัย งานอนามัยโรงเรียน

ทั้งนี้สามารถใช้ข้อมูล Dash board เพื่อรายงานการลงทะเบียนรายหน่วยงานได้ เพราะในการลงทะเบียนสามารถระบุกลุ่มโรงเรียน สถานประกอบการได้ โดยเชิญชวนให้สมัครและเข้าถึงความรอบรู้ในแอปก้าวทำใจ

การลงทะเบียนสร้างเสริมความรู้วิธีใหม่ ๓ อ. ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติใน Application ก้าวทำใจ และกรมอนามัยจะประมวลผลเพื่อจัดทำเป็น Dash board ได้ตามศูนย์อนามัยเขต รายจังหวัด และรายอำเภอ มีขั้นตอนการใช้ Application ดังนี้

Application ก้าวทำใจ (โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <https://activefam.anamai.moph.go.th/> หรือ

<https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน

๒. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



LINE @THNVR

๕. แหล่งข้อมูล

Application ๑๐ Packages ประกอบด้วย ๓ โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า doh.hpc.go.th/screen/index.php

๒. สมัครสมาชิกหัวข้อ “login”

๓. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้เพื่อเข้าสู่ระบบ

โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <http://apps.hpc.go.th/checkup>

๒. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สถานประกอบการสมัครสมาชิก”

๓. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “เข้าสู่ระบบสถาน

ประกอบการ”

๔. เข้าสู่หัวข้อ “ตรวจสุขภาพ” แล้วเลือกหัวข้อ “ลงทะเบียนบุคคล”

๕. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแล้วบันทึกข้อมูล

หมายเหตุ สามารถจัดการข้อมูลรายละเอียดได้ตามหัวข้อ ดู, แบ่งปัน, แก้ไข, ลบข้อมูล

โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า hpc.go.th/hpd/hp/diet/index.php

๒. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สมัครสมาชิก”

๓. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “Login เข้าสู่ระบบ”
๔. เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าใช้โปรแกรม

โปรแกรม Thai Fit Stop Fat ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้าโปรแกรม Line ค้นหาเพื่อนโดยพิมพ์ @thaifitstopfat
๒. คลิกปุ่มลงทะเบียน
๓. กรอกข้อมูลทั่วไป
๔. บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ทุกสัปดาห์
๕. กดปุ่มประวัติการบันทึกเพื่อดูข้อมูลการวิเคราะห์เบื้องต้น
๖. หรือสแกน QR Code เข้าโปรแกรม



Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป)

ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <http://doh.hpc.go.th/bseApp/>
๒. เข้าหัวข้อที่ ๑ ขั้นตอนในการใช้โปรแกรม มีหัวข้อให้เลือกตามสถานะดังนี้
 ๑. ตรวจสอบรายชื่อว่าอยู่ในฐานข้อมูลหรือไม่
 ๒. ถ้าไม่พบ ให้ทำการลงทะเบียนสมัครสมาชิกใหม่
 ๓. Login เข้าสู่ระบบ

Username = “เลข ๑๓ หลัก” หรือจะใช้ “ชื่อ นามสกุล” ก็ได้

Password = วันเดือนปีเกิด เช่น

เกิดวันที่ ๑ ก.พ. ๒๕๑๒ = ๐๑๐๒๒๕๑๒ หรือจะใช้เบอร์โทรศัพท์ก็ได้ (กรณีที่ได้เพิ่มเบอร์โทรศัพท์เข้าไปแล้ว)

๔. ทำรายการตรวจเต้านมประจำเดือน
 ๕. ดูบันทึกการตรวจเต้านม
- หรือเข้า QR Code เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสมัคร



Application H๔U Plus (การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน) ขึ้นตอนดังนี้

๑. ดาวน์โหลด Application H๔U Plus ได้ทั้งระบบ IOS และ Android



๒. เข้าสู่ Application H๔U plus เลือกหัวข้อแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่ข้อความพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน

Google form สวไทยแถมแดง

๑. แสกน QR Code



๒. กรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม

๓. ยืนยันการส่งข้อมูล

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

๑. เข้า <https://checkin.dmh.go.th/index.php>

๒. เลือกโปรแกรมที่ต้องการประเมิน



การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงานสุขภาพดีในสถานประกอบการ แต่ละ Application ดังนี้

Application ก้าวทำใจ (โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) มีขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <https://activefam.anamai.moph.go.th/> หรือ

<https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน

๒. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



LINE @THNVR

Application ๑๐ Packages (โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) และโปรแกรม Thai Fit Stop Fat)

๑. เข้าสู่ระบบ doh.hpc.go.th/screen/registerSum_region.php
๒. ข้อมูล App คือ กลุ่มที่ขึ้นทะเบียนผ่านโปรแกรม

Application BSE การบันทึกการตรวจด้านมด้วยตนเอง (สำหรับเจ้าหน้าที่)
ขั้นตอนดังนี้

๑. Log in ด้วยรหัสสถานพยาบาล
๒. เปิดดูข้อมูล BSE ที่ผิดปกติของประชาชนในพื้นที่ในพื้นที่รับผิดชอบ
๓. ติดตามเพื่อให้มาตรวจยืนยัน
๔. ถ้า CBE แล้วผิดปกติ ส่งต่อ
๕. ใส่ผลการดำเนินงานผ่าน Application มาได้

** สามารถดู

๑. รายชื่อผู้ทำรายการผ่าน BSE Application ได้
๒. สรุปรายชื่อ BSE รายเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบลได้
 ๖. หรือเข้า QR Code เข้าสู่ขั้นตอนการประมวลผลจำนวนคนที่ตรวจด้านมด้วยตนเองผ่าน Application



Google form สวทไทยแก้มแดง สำนักโภชนาการจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

แพลตฟอร์มไอโอดีน

๑. เข้า <http://๒๐๓.๑๕๗.๗๑.๑๔๙/hl/iodine/menu>
๒. เลือกหัวข้อ สำหรับประชาชน หรือสำหรับเจ้าหน้าที่
๓. เลือกหัวข้อต่าง ๆ ตามต้องการ เช่น หาไอโอดีนได้จากที่ไหน แผนที่ไอโอดีน

ความรู้เรื่องไอโอดีน ฯลฯ


Application Food&Health (สื่อเมนูสุขภาพและการรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์)
โครงการจัดการสภาพแวดล้อมและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการเตรียมความพร้อม
วัยทำงานสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี web application ใช้งานผ่านมือถือ

๑. เข้า <https://fch.anamai.moph.go.th>


หรือ สแกน QR Code





๒. ลงทะเบียนเข้าใช้งาน กรอกข้อมูลชื่อนามสกุล หมายเลขประจำตัวประชาชนหรือหมายเลข
โทรศัพท์ น้าหนัก และส่วนสูง ที่อยู่ ระดับการใช้พลังงาน และข้อมูลอื่น ๆ ให้ครบถ้วน (ถ้าไม่ได้ประกอบ
อาชีพขายอาหาร ไม่ต้องใส่ชื่อร้าน) กดลงทะเบียน

๓. กดที่ปุ่ม  เพื่อตรวจสอบผลการประเมินภาวะโภชนาการ ผอม ปกติ (หุ่นดี) น้ำหนักเกิน
อ้วน อ้วนอันตราย

๔. กดที่ปุ่มรูปจาน  เพื่อบันทึกการกินอาหารแต่ละมื้อ

๕. กดปุ่ม  เพื่อเรียกดูเมนูอาหาร จะมีประเภทอาหารให้เลือก เลือกอาหารที่กินแต่ละ
มื้อ และปริมาณที่กิน กดบันทึก ทำจนครบทุกมื้อ

๖. กดที่ปุ่ม  เพื่อดูคำแนะนำการกินอาหาร พลังงานที่ควรได้รับ ปริมาณอาหารที่ควร
ได้รับ ผลการกินอาหารเทียบกับปริมาณที่ควรได้รับ และเมนูสุขภาพที่ผ่านการรับรองจากกรม
อนามัย กดเพื่อดูที่อยู่ร้านและอื่น ๆ


๗. กดปุ่ม  จะนำไปสู่เมนูการตั้งค่า/เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล ดูคะแนน Health
Point ส่งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ประเมินความพึงพอใจ และแผนที่เมนูสุขภาพ

๘. สำหรับร้านอาหาร

๘.๑ สามารถใช้งานเพิ่มเติมได้ในส่วนของการพัฒนาเมนูสุขภาพ และการรับรองเมนูสุขภาพ

ออนไลน์ โดยกดปุ่ม  กรอกข้อมูลประเภทอาหาร ชื่อเมนู จำนวนคนต่อสูตร ราคา

๘.๒ บันทึกส่วนประกอบและปริมาณ กดวิเคราะห์ผลการประเมิน บันทึกสูตรอาหาร และ
ภาพถ่าย

๘.๓ กดปุ่ม  เพื่อพิมพ์ใบรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์ บันทึกใบรับรองและสั่งพิมพ์
ได้ตามต้องการ

Application FunD

เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และสนับสนุนให้ผู้ใช้งานประเมินสภาวะช่องปากของตนเอง สามารถใช้งานได้ทั้งระบบ IOS และ Android



รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนคนที่ลงทะเบียน

รายการข้อมูล ๒ B = -

สูตรคำนวณตัวชี้วัด A

ระยะเวลาประเมินผล ๑ ปี

เกณฑ์การประเมิน รอบ ๓ เดือน , ๖ เดือน , ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

หมายเหตุ

รวบรวมผลการดำเนินการแต่ละ Application ก่อนนำส่งข้อมูลไปยังศูนย์อนามัยเขตต่อไป มีการเพิ่มเติม Application ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สุขภาพ

** การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูล แต่ละ Application

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
-	ครอบครัว	-	-	๑๐๒,๖๙๗ (ข้อมูลวันที่ ๓๐ ก.ย. ๖๔)

จำนวนครอบครัวที่มีความรอบรู้สุขภาพ เขตสุขภาพที่ ๗ ขอนแก่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

จังหวัด	เป้าหมาย ๒๕๖๔ (คน)	ผลการดำเนินงาน (คน)						ผลการ ดำเนินงาน (ครอบครัว)
		๑๐ ล้าน ครอบครัว ก้าวทำใจ	BSE	H๔U	Mental health	๑๐ package	รวม (คน)	
ร้อยเอ็ด	๑๔๗,๑๕๖	๒๒๓,๒๓๗	๖๑,๗๓๗	๒,๐๕๔	๕๕,๙๑๓	๘	๓๓๙,๙๔๙	๒๒,๗๗๖
มหาสารคาม	๑๐๘,๐๖๕	๑๐๒,๕๕๒	๖๒๒	๒,๓๓๖	๑๕๒,๒๐๔	๒	๒๕๗,๗๑๖	๑๗๒,๖๖๙
กาฬสินธุ์	๑๑๐,๗๒๙	๔๗,๔๓๒	๕๐๙	๑๙,๙๑๒	๕๑,๔๕๑	๖	๑๑๙,๒๒๐	๗๙,๘๗๗
ขอนแก่น	๒๐๓,๓๔๙	๑๘๕,๘๔๐	๓,๗๕๗	๙,๒๖๒	๔๖,๔๓๙	๒	๒๔๕,๓๐๐	๑๖๔,๓๕๑
เขตสุขภาพ ที่ ๗	๕๖๙,๒๒๙	๕๕๕,๙๗๑	๖๖,๖๒๕	๓๓,๕๖๔	๓๐๖,๐๐๗	๑๘	๙๖๒,๑๘๕	๖๔๔,๖๖๓

เอกสารสนับสนุน

๑. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application ๑๐ Packages
๒. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application BSE
๓. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application H๔U

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนิชดา เทศาพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร ๐๖๑ ๒๓๗ ๘๕๑๗ e-mail. : nichada.2507@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงาน ๓ : การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตคนไทยทุกกลุ่ม วัย (ด้านสุขภาพ โครงการ ๘ : โครงการพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชากร ตัวชี้วัด ๒๖ : จำนวนคนมีความ รอบรู้สุขภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. มีผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด ตลอดจนรูปแบบการดำเนินงาน</p> <p>๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบ ฐานข้อมูล จากเว็บไซต์ ก้าวทำใจ (๑๐ ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกาย) https://drive.google.com/file/d/1AUCpcTlvBlcfsnKWIFzOcuOM1DmhCeAd/view (การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง) BSE : http://doh.hpc.go.th/bse/bseSum_province.php?region=7 (สมุดสุขภาพประชาชน) H4U : https://www.hpc11.go.th/doh-h4u/report-good-behavior-region?regioncode=07 (โปรแกรมการตรวจสุขภาพ) Application ๑๐ Packages http://apps.hpc.go.th/checkup รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน</p> <p>๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพช. รพ.สต. สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น สถานประกอบการ</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำแนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาพร้อม จัดกิจกรรมกับบางหน่วยบริการที่ประสบปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้ - ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย มีการขับเคลื่อนชุมชนรักการ ออกกำลังกาย - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย</p> <p>๕. บูรณาการร่วมกับงาน NCD, มะเร็งเต้านม, อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, ไอโอดีน สุศึกษา สุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ</p> <p>๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. มีผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมายตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน</p> <p>๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผน การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบ</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ฐานข้อมูล จากเว็บไซต์ ก้าวทำใจ (๑๐ ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกาย) https://drive.google.com/file/d/1AUCpcTlvBlcfsnKWIFzOcuOM1DmhCeAd/view (การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง)</p> <p>BSE : http://doh.hpc.go.th/bse/bseSum_province.php?region=7 (สมุดสุขภาพประชาชน)</p> <p>H4U : https://www.hpc11.go.th/doh-h4u/report-good-behavior-region?regioncode=07 (โปรแกรมการตรวจสุขภาพ) Application ๑๐ Packages http://apps.hpc.go.th/checkup ทุกๆ เดือน</p> <p>๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน รพช. รพ.สต. เน้น สถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการ</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือด้วยคำแนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรมกับบางหน่วยบริการที่ประสบปัญหาไม่สามารถดำเนินการได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ประชาชนออกกำลังกายทุกกลุ่มวัยมีการขับเคลื่อนชุมชนรักการออกกำลังกาย - ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และกิจกรรมทางกาย <p>๕. บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ งาน NCD, มะเร็งเต้านม, ไอโอดีน, อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม</p> <p>๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหาภาคเครือข่ายในชุมชน</p>

นียมตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๗ : โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๙ จำนวนคนมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ Template จากกระทรวงสาธารณสุข

นิตยสารตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๗ : โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๐ กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการสุขภาพดีวิถีใหม่

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ Template จากกระทรวงสาธารณสุข

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โครงการที่ ๘ : โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๑๓ แห่ง

กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตน เนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่นตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้

๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ

๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล

๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณ ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

(อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๗๐	๘๐	๘๕

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการพื้นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๕. แหล่งข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล A = จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ
B = จำนวนอำเภอ ๑๓ แห่ง

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒. นางสาวระพีพร คำเจริญ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๔ : การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ โครงการที่ ๘ : โครงการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ตัวชี้วัดที่ ๓๑ : ร้อยละอำเภอผ่าน เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)</p> <p>๒. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)</p> <p>๓. ติดตามการดำเนินการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ การจัดทำแผนสำคัญตามบริบทในพื้นที่</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับจังหวัด/อำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ</p> <p>๕. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พขอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น</p> <p>๖. เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินผลการดำเนินงาน ประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE</p> <p>๗. สนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดนวัตกรรมระดับพื้นที่ (พขอ./พชต.)</p> <p>๘. จัดเวที ให้ คณะกรรมการ พขอ. นำเสนอ Best practice ผลงานวิชาการ ดีเด่น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑</p> <p>๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อยอำเภอละ ๒ ประเด็น</p> <p>๓. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ</p> <p>๔. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
	<p>๕. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กำหนดเป้าประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบ)</p> <p>๖. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๗. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน</p> <p>๘. ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นที่คัดเลือกให้เกิดนวัตกรรมในระดับพื้นที่ (พขอ.)</p> <p>๙. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยบันทึกผลการดำเนินงานผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Cockpit พขอ. และ Cockpit Smart Kids Taksila 4.0)</p> <p>๑๐. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับอำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น และแหล่งงบประมาณต่าง ๆ ที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ</p> <p>๑๑. ประสานให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พขอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น</p> <p>๑๒. ประเมินตนเองการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE</p> <p>๑๓. สรุปทบทวนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p>
	<p>แนวทางการดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. มีส่วนร่วมในการประชุม วิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๒. ดำเนินการ พัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญ ตามประเด็นหรือแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กำหนดให้เกิดนวัตกรรมในระดับพื้นที่ (พขต.)</p> <p>๓. การบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พขอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น</p>

การประเมินตามเกณฑ์ DHS-PCA โดยใช้ แนวทาง UC-CARE พิจารณาตามเกณฑ์ ๖ ด้านตาม UC-CARE แต่ละประเด็น

๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)
๒. การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation)
๔. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
๖. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
๑	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
๒	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
๓	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญ และ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
๔	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
๕	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

๑. Unity Team

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ -มีแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการที่แสดงถึงการค้าดำเนินงาน DHS	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย -มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS ระดับอำเภอที่มีภาคีทุกภาคส่วน	<u>cross functional</u> เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันโดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน</u> -มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในทุกภาคส่วน -มีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี	<u>fully integrate</u> เป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วย</u> -มีการนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน DHS มาวางแผนแก้ไขในที่ประชุม -มีการประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีมกับ</u> เครือข่ายสุขภาพในทุก <u>ประเด็นสุขภาพสำคัญ</u> -สามารถบูรณาการงาน DHS ร่วมกับงานอื่นหรือภาคีเครือข่ายในอำเภอได้	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน</u> (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต. <u>ทีมระหว่างหน่วยงาน</u> (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.); <u>ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบ</u> และ/หรือ <u>ทีมข้ามสายงาน</u> (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)

๒. Customer Focus

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Customer Focus	<p>มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการจำแนกกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มวัย -มีแนวทางในการจัดการแก้ไข <p>ปัญหาทุกช่องทาง</p>	<p>มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลาย</p> <p>อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีช่องทางการรับรู้/รับฟัง/เข้าใจและ <p>เรียนรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายในแต่ละกลุ่ม</p>	<p>มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่</p> <p>ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการทบทวนเรียนรู้ หาแนวทางแก้ไข <p>ปัญหาทุกช่องทาง การรับรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในแต่ละกลุ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> -ขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น 	<p>มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางรับรู้ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีการประเมินความพึงพอใจตามกลุ่มเป้าหมาย <p>-มีการนำปัญหาอุปสรรคในการให้บริการตามกลุ่มมาวางแผนหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน</p>	<p>ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพันและมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> -มีแนวทางในการจัดการแก้ไขพัฒนาปรับปรุงปัญหาทุกช่องทาง <p>-หน่วยงานอื่นร่วมช่วยเหลือดูแลผู้รับบริการตามกลุ่มด้วย</p>	<p>ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (HealthNeed) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วน of felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู) และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)</p>

๓. Community Participation

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือ เริ่มให้ชุมชน และ ภาควิชาเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน ด้านสุขภาพ -ชุมชนและ ภาควิชาเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมคิด/ วางแผนงาน หรือกิจกรรม ด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ ชุมชน และ ภาควิชาเกี่ยวข้อง ร่วมรับรู้ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพในงาน ที่หลากหลาย และขยายวง กว้าง เพิ่มขึ้น -ชุมชนและ ภาควิชาเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมใน กิจกรรมด้าน สุขภาพ -มีการ จัดระบบ สุขภาพร่วมกัน เช่น งาน NCD งานควบคุม โรค -มีผลลัพธ์เป็น รูปธรรม	ชุมชน และ ภาควิชา เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ร่วมคิดร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพอย่าง เป็นระบบกับ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ และมีการ ขยายวงได้ ค่อนข้าง ครอบคลุม -มีการขยาย ผลลัพธ์การ ดำเนินงานไป ยังชุมชน/ หมู่บ้านอื่น	ชุมชน และ ภาควิชา เกี่ยวข้องร่วม คิดร่วม วางแผน ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ และมีการ ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการ มีส่วนร่วม ให้เหมาะสม มากขึ้น -ชุมชนและ ภาควิชาเกี่ยวข้อง มีส่วนร่วม ทบทวน ร่วม รับผิดชอบและ ตรวจสอบ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ผลลัพธ์ ที่ได้และมีการ ปรับปรุง	ชุมชน และ ภาควิชาเกี่ยวข้อง ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วมเป็น เจ้าของการ ดำเนินงาน เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ -ชุมชนและภาควิชา เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เป็นเจ้าของ มีการจัดการ ปัญหาสุขภาพ แบบบูรณาการ กับงานอื่น	ระดับของการ มีส่วนร่วม : ร่วมรับรู้ ร่วม คิดร่วม ดำเนินการ และร่วม ประเมินผล

๔. Appreciation

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓. ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณา การ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Appreciation	มีแนวทางหรือ วิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการ ในการดูแล <u>พัฒนา และ</u> <u>สร้างความพึง</u> <u>พอใจของ</u> บุคลากร -มีเจ้าหน้าที่ หรือทีมงานทำ ตามหน้าที่ ที่ได้รับ มอบหมาย	มีการขยาย การ ดำเนินการ ตามแนว ทาง หรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และ <u>สร้างความพึง</u> <u>พอใจของ</u> <u>บุคลากร</u> เพิ่มขึ้นในแต่ ละหน่วยงาน หรือในแต่ละ ระดับ -มีการนำ ข้อมูลที่เป็น ปัจจัยที่มีผล ต่อระบบการ ทำงานที่ทำให้ ทีมงาน เครือข่าย สุขภาพมี บรรยากาศ การทำงานที่ดี มาวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาใน การ ดำเนินงาน	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและ สร้างความพึง พอใจและ ความผูกพัน (engagement) ของบุคลากร <u>ให้สอดคล้อง</u> <u>กับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็น</u> <u>อย่างเป็นระบบ</u> -เจ้าหน้าที่หรือ ทีมงานพึง พอใจในงาน และผลลัพธ์ ของงานที่ เกิดขึ้น	เครือข่าย สุขภาพมีการ <u>เรียนรู้ทบทวน</u> <u>กระบวนการ</u> ดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพัน ของบุคลากร <u>ให้สอดคล้อง</u> <u>กับบริบท</u> -ผู้รับบริการ เห็นคุณค่า และชื่นชม เจ้าหน้าที่หรือ ทีมงาน	<u>สร้าง</u> <u>วัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u> <u>และ</u> <u>เกิดความ</u> <u>ผูกพัน</u> ในงานของ เครือข่าย บริการปฐม ภูมิ -เจ้าหน้าที่ หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่า ในตัวเองและ งานที่ทำ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่ บุคลากรมีความ กระตือรือร้น ในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และใน งานที่ได้รับ มอบหมายด้วย ความมุ่งมั่นเพื่อให้ บรรลุพันธกิจของ องค์กร

๕. Resources Sharing and Human Development

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผน การใช้ ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันเพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน -มีการสรุป ข้อมูลทั่วไป ขององค์กร ทั้ง คน เงิน สิ่งของ ข้อมูล ความรู้ ต่างๆ ในส่วนที่ มีและส่วนที่ ขาด -มีแผนพัฒนา สมรรถนะ บุคลากรและ แผนความ ต้องการของ องค์กร	มีการ ดำเนินการ ร่วมกัน ในการ ใช้ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากรใน บางประเด็น หรือบางระบบ -มีการ ประชุมเพื่อ การ Share ทรัพยากร ร่วมกัน -มีการแบ่งปัน ทรัพยากร ร่วมกัน อย่าง น้อย ๑ ระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบและ ครอบคลุมตาม บริบท และ ความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้ บรรลุตาม เป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ -องค์กรมีการ ใช้และ Share ทรัพยากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบ และ ครอบคลุมใน การจัดการบริการ	มีการทบทวน และปรับปรุง การจัดการ ทรัพยากรและ พัฒนา บุคลากร ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น -มีการทบทวน วิเคราะห์ ระบบการ จัดบริการ สุขภาพ ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้นตรง เป้าหมาย หรือไม่ มี แนวทาง ปรับปรุง อย่างไร	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพไม่มี กำแพงกันและ มีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้ เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน -แต่ละองค์กร มี การ Share ทรัพยากร ร่วมกัน โดยไม่มี กำแพงกัน และ ชุมชนร่วม สนับสนุน ทรัพยากร เช่น เงินบริจาค	Resource หมายถึงคน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input)ของ การทำงาน

๖. Essential Care

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Essential Care	<p>มีแนวทาง หรือ เริ่มดำเนินการ <u>จัดระบบดูแล</u> <u>สุขภาพพื้นฐาน</u> ที่จำเป็นในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน -มีข้อมูลในแต่ละกลุ่มวัย ตามการจัดระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) -มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท และตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหาสูง</u> -กลุ่มปกติ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพตามมาตรฐาน และความต้องการของผู้รับบริการ -ลงเยี่ยม ๑ case</p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่มและชุมชนที่ <u>ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่</u> -มีการขยายผลการแก้ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยไปยังหมู่บ้าน/ชุมชนอื่น</p>	<p>มีการเรียนรู้ ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพและ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น -การนำปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย มาทบทวนหาแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนา และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p>มีการจัดระบบ <u>ดูแลสุขภาพ</u> <u>อย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชน มีสถานะสุขภาพดี -หน่วยงานอื่น มีการ ร่วมช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น วัสดุอุปกรณ์ และ/หรือ การร่วมจัดบริการร่วมกัน เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน มีจนท. อบต. พัฒนาชุมชน ฯลฯ ร่วมด้วย</p>	<p>Essential Care หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนโดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๙ : โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๒. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด

๒. คำนิยาม

๒.๑ ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ประกอบด้วย ๔ กระบวนการ คือ

๑) มีการเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโดย

๑.๑ มีโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards)

๑.๒ ความสำเร็จของจังหวัดในการดำเนินงานและประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ระดับจังหวัด และระดับเขต (EOC assessment tool 2019) ซึ่งประกอบด้วย ๑๐ หมวด คือ

หมวดที่ ๑ : บริบท

หมวดที่ ๒: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

หมวดที่ ๓ : กรอบโครงสร้างการทำงาน

หมวดที่ ๔ : ระบบข้อมูล

หมวดที่ ๕ : Critical Information

หมวดที่ ๖ : Incident management and response

หมวดที่ ๗ : การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย

หมวดที่ ๘ : การสื่อสารภายใน (หมายถึง การสื่อสารภายในระบบ ICS)

หมวดที่ ๙ : Coordination and logistical support of field operations

หมวดที่ ๑๐ : Training, Exercise and Evaluation

๒) สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึงรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

๒.๑ ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง "โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

๒.๒ การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

๓) จังหวัดมีความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

๓.๑ แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning : BCP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในการป้องกัน ตรวจค้น และตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตามภารกิจขององค์กร

๓.๒ แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำ ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

๔) การฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง ดำเนินการฝึกซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ในระดับจังหวัดอย่างน้อย ๑ ครั้ง พร้อมทั้งมีการทบทวนสรุปบทเรียนที่ได้จากการซ้อมแผนดังกล่าว

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	๔ ชั้นตอน ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอและจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอำเภอที่ดำเนินการครบ ๔ ชั้นตอน

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

รายละเอียดการดำเนินงาน

๑. ปรับปรุงโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของจังหวัด /อำเภอ สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazard)

๒. ประเมินมาตรฐานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมิน EOC Assessment Tool 2019 เพื่อวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

๓. การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) ตามแบบฟอร์มกลาง

๔. การจัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (Business Continuity planning : BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสารอันตรายอื่น

๕. การจัดทำ/ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสารอันตรายอื่น

๖. การฝึกซ้อมแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับพื้นที่จังหวัด/อำเภอ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-----------------------------|--|
| ๑. นายสัจด์ เชื้อกลิ่นฟ้า | ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทร. ๐๘๓-๔๑๗-๐๘๖๐ |
| ๒. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐-๗๔๖๒ |
| ๓. นางวิจิตตา อิมสำอางค์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๗-๘๗๖-๗๐๙๓ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้าน สุขภาพ โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๓๒ : ระดับความสำเร็จในการ จัดการภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขของ หน่วยงาน</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยการปรับปรุงโครงสร้าง ICS สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) ๒. จังหวัดประเมินตนเองตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (EOC Assessment Tool 2019) ๓. จัดทีมปฏิบัติการระดับจังหวัดในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้แก่ MERT, mini MERT, EMS, MCAT, SEhRT และ SRRT ๔. จัดทีมตระหนักรู้-สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดเพื่อเฝ้าระวังตรวจจับและประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ ๕. การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) พร้อมวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับจังหวัด ๖. จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (Business Continuity planning : BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสาธารณสุขภัยอื่น ๗. การจัดทำ/ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสาธารณสุขภัยอื่น ระดับจังหวัด ๘. การฝึกซ้อมแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ปรับปรุงโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอให้มีความเหมาะสม ๒. จัดทีมปฏิบัติการระดับอำเภอในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ได้แก่ MERT, miniMERT, EMS, MCATT, SEhRT และ CDCU/SRRT ๓. จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอเพื่อเฝ้าระวังตรวจจับและประเมินสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๔. การประเมินความเสี่ยงสาธารณสุขของพื้นที่ (Risk Assessment) พร้อมวิเคราะห์ระดับความเสี่ยงสำคัญของโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ</p> <p>๕. จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (Business Continuity planning : BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสาธารณสุขอื่น</p> <p>๖. การจัดทำ/ปรับปรุงแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan : IAP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือสาธารณสุขอื่น ระดับอำเภอ</p> <p>๗. การฝึกซ้อมแผนการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับพื้นที่ ระดับอำเภอ</p> <p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>ร่วมดำเนินงานกับทีมปฏิบัติการระดับอำเภอในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในส่วนที่เกี่ยวข้อง</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก

๒. คำนิยาม

๑. กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) ทั้งหญิงและชายกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID)

๒. บริการป้องกันเชิงรุก หมายถึง กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันโดย กลุ่มประชากรเป้าหมาย ได้รับบริการทั้ง ๔ ข้อ ดังต่อไปนี้

๑) ได้รับข้อมูลความรู้ในการป้องกันเอชไอวี, STI และการลดอันตรายจากการใช้ยา : 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) ใช้สื่อสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ (social media)

(๔) มารับบริการเอง หรือได้รับการนัดหมายจากหน่วยบริการ

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

ค. หน่วยที่จัดบริการ หมายถึง สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปี	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒
ผลการดำเนินงาน	๑๑๙.๒๗	๑๒๒.๘๓	๑๓๐.๐๕	๓๕.๔๓

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด กลุ่มประชากรหลัก ได้รับบริการป้องกันเอชไอวี และ STI เชิงรุกได้ครอบคลุมมากขึ้นเพียงใด

๒. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าถึงบริการป้องกัน และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๓. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลการได้รับบริการป้องกันเชิงรุก จากระบบข้อมูล HIV info HUB จากระบาดวิทยา กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ RTCM Plus NAP Plus จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ

หมายเหตุ : จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในอำเภอ หมายถึง ผลรวมจำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกของทุกกลุ่มประชากรหลักรวมกัน (จำนวนคนที่เข้าถึงบริการป้องกันเชิงรุกในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/MSM + สวาทประเภทสอง /TG + กลุ่มพนักงานบริการ/SW ทั้งหญิงและชาย + กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด /PWID)

B = จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก* ที่คาดประมาณในพื้นที่

หมายเหตุ : จำนวนประชากรกลุ่มประชากรหลัก ให้รวมจำนวนคาดประมาณกลุ่มประชากรหลักทุกกลุ่ม

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวภาณี นันทะแสน

โทร. ๐๖๒-๖๘๒๒๙๑๖

E mail : supaneenun2516@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อตัวชี้วัดที่ ๓๓ : ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก</p> <p>(กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ(SW) กลุ่มผู้ใช้ยาตัวยวี่อีดีด(PWID))</p>	<p><u>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ถอดบทเรียน จากเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการดำเนินงานของอำเภอเมือง นำสู่เป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ ในจังหวัดมหาสารคาม ๒. แจ้งให้ รพ.ทุกแห่ง ลงข้อมูลการประมาณการดูงานอนามัยและสารหล่อลื่น และการรายงานการใช้ดูงานอนามัย และสารหล่อลื่น ในรายงาน ตอ. ๑๐๐ เพื่อรวบรวมส่ง กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ๓. เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในมาตรฐานการตรวจรักษาป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพัฒนาศักยภาพบุคลากร ๔. ประสานเครือข่าย การทำงานในภาพรวมจังหวัด เน้นการทำงานแบบบูรณาการทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและเปิดช่องทางสื่อต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา ๕. ติดตาม ประเมินผล จากรายงาน การรับจ่าย ดูงานอนามัย และสารหล่อลื่น (ตอ.๑๐๐) ๖. สรุปลวิเคราะห์ การแพร่กระจายเชื้อ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยใช้โปรแกรม สำนักกระบาดวิทยาของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการเฝ้าระวังโรค ๗. นำข้อมูลที่ได้ประเมินผล มาจัดทำแผนปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ต่อไป <p><u>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เรียนรู้กระบวนการทำงานจากพื้นที่ อำเภอเมือง เพื่อนำมาปรับใช้กับพื้นที่ตามบริบทแต่ละพื้นที่ ๒. ค้นหาแกนนำ (ตัวแม่) ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) &TG เพื่อการขยายผลและการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ๓. สนับสนุน ส่งเสริม ความรู้ วิชาการเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงดูงานอนามัย ในสถาบันการศึกษา/สถานประกอบการ และประชาชนทั่วไปและเปิดช่องทางสื่อต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา ๔. จัดทำแผน เพื่อของบประมาณในการดำเนินงานกับ องค์กรท้องถิ่น เพื่อร่วมทำงานแบบภาคีเครือข่าย ๕. การทำงานแบบบูรณาการกับงานวัยรุ่น งานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก และ To be number One งานยาเสพติด การบูรณาการทั้ง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม</p> <p>๕. สรุปผลการดำเนินงาน สปสช.</p> <p>๖. สรุปวิเคราะห์ การแพร่กระจายเชื้อ ในกลุ่มประชากรหลัก โดยใช้โปรแกรม สำนักระบาดวิทยา ในการเฝ้าระวังโรค</p> <p>๗. นำข้อมูลที่ได้ประเมินผล มาจัดทำ แผนปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ต่อไป</p> <p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <p>๑. รับส่งข้อมูล กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID)</p> <p>๒. วิเคราะห์ ความเสี่ยง จากกลุ่มประชากรในพื้นที่</p> <p>๓. ส่งเสริม ความรู้/วิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงถุงยางอนามัยในสถาบันการศึกษา/ สถานประกอบการ และประชาชนทั่วไปและเปิดช่องทางสื่อสารต่างๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงข้อมูลความรู้และการป้องกัน รักษา</p> <p>๔. เป็นหน่วยงาน การเข้าถึง การให้บริการ ถุงยางอนามัย ความรู้ และการส่งต่อไปรับการตรวจโรค วินิจฉัย ในรายที่ขอคำปรึกษา</p> <p>๕. มีเครือข่ายการทำงาน แบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร อบต. โรงเรียน วัด ชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ</p> <p><u>สิ่งสนับสนุนให้อำเภอ/ตำบล</u></p> <p>๑. สื่อ/สิ่งพิมพ์/แผ่นพับ จากส่วนกลางและเขต และเว็บไซต์ส่วนกลางการเข้าถึงข้อมูลและสื่อประชาสัมพันธ์</p> <p>๒. ถุงยางอนามัย/สารหล่อลื่น จากสำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค</p> <p>๓. ยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สปสช.</p> <p><u>การประเมินผล</u></p> <p>การบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการผ่านระบบ RTCM Plus / NAP Plus</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของเด็กและเยาวชน อายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

๒. คำนิยาม :

เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ตามทะเบียนข้อมูลประชากรกลางปีปัจจุบันในทะเบียน ๔๓ แฟ้ม ของ CUP นั้น ๆ จากการสุ่มสำรวจ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ (๑๕-๒๔ ปี) ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	≥ ๖๗	≥ ๖๗	≥ ๖๗	≥ ๖๗
ผลการดำเนินงาน	๗๘.๙๐	๘๑.๐๗	๐	๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความก้าวหน้าของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ของจังหวัด เด็กและเยาวชนอายุ (๑๕-๒๔ ปี) ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ได้รับบริการการป้องกันเอชไอวี และ STI เขิงรุกได้ครอบคลุมมากขึ้นเพียงใด

๒. เพื่อให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงเข้าถึงบริการป้องกัน และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๓. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยง

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรมการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี BSS จากระบาดวิทยาและรายงาน ต่อ. ๑๐๐ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนเยาวชนอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

B = จำนวนประชากรอายุ ๑๕ - ๒๔ ปี ทั้งหมด

๖.๑ เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์คะแนน +/-.....ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ผลงานรายปี ปี ๒๕๖๓	ได้ ๑ คะแนน	ได้ ๒ คะแนน	ได้ ๓ คะแนน	ได้ ๔ คะแนน	ได้ ๕ คะแนน
ร้อยละ	< ๔๐	๔๐	๕๐	๖๐	> ๗๐

๖.๒ แนวทางการประเมินผล

- สุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมายด้วยโปรแกรม BSS

๖.๓ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- รวบรวมข้อมูลจากแบบสำรวจการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับเชื้อเอชไอวี/เอดส์

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวภาณี นันทะแสน โทร. ๐๖๒-๖๘๒๒๙๑๖

Email: supaneenun2516@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ ตัวชี้วัดที่ ๓๔ : ร้อยละของเด็กและ เยาวชนอายุ (๑๕-๒๔ ปี) ที่มีการป้องกันตนเองโดย ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ≥ ๖๗</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. ถอดบทเรียน จาการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๓ มาวิเคราะห์กระบวนการพัฒนากลไกการเข้าถึงเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด</p> <p>๒. เสริมสร้าง ความเข้าใจด้านวิชาการ ความรู้เกี่ยวกับถุงยางอนามัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การตระหนักรู้ ในความสำคัญในการป้องกันตนเอง</p> <p>๓. มีหน่วยบริการ ที่สามารถเข้าถึง ความต้องการในการใช้ และ แจก แผ่นพับ ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเปิดช่องทางสื่อสารต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การป้องกันและรักษา</p> <p>๔. สรุปผลการดำเนินงานปี ๒๕๖๔ ถอดบทเรียน การดำเนินงาน นำเข้าสู่แผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. รับส่งข้อมูล กลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (กลุ่มประชากรหลัก หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงสาวประเภทสอง (MSM&TG) กลุ่มพนักงานบริการ (SW) กลุ่มผู้ขายด้วยวิธีฉีดยา (PWID)</p> <p>๒. วิเคราะห์ ความเสี่ยง จากกลุ่มประชากรในพื้นที่</p> <p>๓. ส่งเสริม ความรู้/วิชาการเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงถุงยางอนามัยในสถาบันการศึกษา</p> <p>๔. เป็นหน่วยงาน การเข้าถึง การให้บริการ ถุงยางอนามัย ความรู้ และ การส่งต่อไปรับการตรวจโรค วินิจฉัย ในรายที่ขอคำปรึกษาและเปิดช่องทางสื่อสาร ต่าง ๆ ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การป้องกันและรักษา</p> <p>๕. มีเครือข่ายการทำงาน แบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร อบต. โรงเรียน วัด ชุมชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ความรู้ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์</p> <p>๖. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา เรื่อง การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกปรึกษาโรคเฉพาะทาง</p> <p>๗. จัดตั้ง กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ในสถาบันการศึกษา รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีฐานข้อมูลมูล เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕ – ๒๔ ปี ในพื้นที่ ๒. มีหน่วยบริการ ที่สามารถเข้าถึง ความต้องการในการใช้ และแจกแผ่นพับ ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ๓. เป็นศูนย์กลางวิชาการ ความรู้ในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเปิดช่องทางสื่อต่าง ๆ ให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้ การป้องกัน และรักษา ๔. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา เรื่อง การใช้ถุงยางอนามัย การป้องกันตนเอง จากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกปรึกษาโรคเฉพาะทาง ๕. มีระบบ การส่งต่อ ผู้รับบริการ ในรายที่สงสัย เพื่อส่งต่อไปรับการตรวจเลือด และวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้อง และเก็บเป็นความลับ ตาม พ.ร.บ. มาตรฐานการรักษา ผู้รับบริการ <p><u>สิ่งสนับสนุนให้อำเภอ/ตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น จากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ๒. เอกสาร วิชาการ ความรู้ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค <p><u>การประเมินผล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๒. ฐานข้อมูล เด็กและเยาวชนอายุ ๑๕ – ๒๔ ปี ในพื้นที่ ๓. จำนวนการเบิกจ่ายถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น จากรายงาน ตอ.๑๐๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

๒. คำนิยาม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามความก้าวหน้าการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ ตามยุทธศาสตร์ที่ ๘ ตามแผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยภายในปี ๒๕๖๕

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรม ร.๓๖ , www.Thairabies.net

๖. รายการข้อมูล

- ประชุมถ่ายทอดโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ
- บูรณาการแผนงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- อบรมความรู้เกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่บุคลากรแพทย์ สาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพผู้ใช้โปรแกรม ร.๓๖

๔. สื่อสารความเสี่ยงเรื่องการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและลดความเสี่ยงจากการถูกสุนัข/แมวกัด
แก่ประชาชน และจัดกิจกรรมรณรงค์วันป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าโลก เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์/
สนับสนุนสื่อความรู้

๕. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรค
พิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ

โทร ๐๘๑ ๙๖๔ ๗๘๗๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ ตัวชี้วัดที่ ๓๕ : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์ตามโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด ๒. จัดทำแผนบูรณาการโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานฯ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ๔. ประชุมเชิงปฏิบัติการแนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าแก่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ๕. พัฒนาศักยภาพผู้ใช้ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.๓๖) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ๖. สนับสนุนสื่อความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าตามช่องทางสื่อสารมวลชนทุกรูปแบบ ๗. ติดตามประเมินผลความก้าวหน้าการดำเนินโครงการฯ ๘. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พขอ. ๒. วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปข้อมูลเสนอคณะกรรมการ พขอ. และ พขจ. ๓. จัดทำแผนบูรณาการงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการ พขอ. ๔. ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ๕. จัดประชุมฟื้นฟูองค์ความรู้ การควบคุมป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับตำบล ๖. จัดทำแผนซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้บริการแก่ผู้สัมผัสเสี่ยง/กลุ่มเสี่ยงให้เพียงพอ ๗. ติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลในการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ร ๓๖ ให้ครอบคลุม ถูกต้องทันเหตุการณ์ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนจัดประชุมคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล ๒. จัดทำแผนบูรณาการงานโรคพิษสุนัขบ้าผ่านคณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล ๓. วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปผลการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๔. ส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p>๕. สื่อสารความเสี่ยง/สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชน</p> <p>๖. ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับตำบล กรณีการระบาดของโรคในสัตว์ (ห้วบวก) รวมถึงการค้นหา ติดตามผู้สัมผัสเสี่ยงเพื่อให้บริการวัคซีนทุกราย</p> <p>๗. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๖ ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)

๒. คำนิยาม :

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

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

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยนับ	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละตำบลในแต่ละอำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	ร้อยละ	๗๐	๗๐	๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่ให้เกินค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๔)
๒. ตำบลในแต่ละอำเภอที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)

๕. แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล รง.๕๐๖

๖. รายการข้อมูล : รายสัปดาห์ รายเดือน และรายปี

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอังคณา พรรณะ

โทร. ๐๘ ๖๒๓๔ ๖๓๓๕

โทร. ๐๙ ๘๑๒๘ ๙๐๖๖

อีเมล aungkana@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ ตัวชี้วัดที่ ๓๖ : ร้อยละของอำเภอที่มีอัตรา ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง ๕ ปี และร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถ ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ภายใน ๒ เท่าของระยะพัก ตัว (๒๘ วัน)</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. วิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา พยากรณ์โรค เป็นรายอำเภอ และ แจ้งข้อมูลให้ทีม SRRT ระดับอำเภอทราบทุกสัปดาห์ ๒. ประสานภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดในการสนับสนุนการป้องกันควบคุม โรคในทุกพื้นที่ ๓. เผยแพร่ข่าวสาร และประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรค ผ่านสื่อมวลชนทุกแขนง ๔. สนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคในตำบล ที่มีการระบาดของโรค ต่อเนื่อง(มีการระบาดของโรคเกิน ๔ สัปดาห์ หรือเกิดโรคในพื้นที่ที่เป็น ชุมชนขนาดใหญ่) <p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรค ไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในระดับ ตำบล โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยา และประเมินความเสี่ยง เป็นรายตำบลโดยใช้ข้อมูลการเกิดโรื่อยอนหลัง ๕ ปี และข้อมูล HI CI ที่ สำรวจโดย จนท. ๒. อำเภอร่วมวางแผนและสนับสนุนการดำเนินงานในตำบลเสี่ยงสูงและ ตำบลอื่น ๆ ๓. อำเภอมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกัน ควบคุมโรค เช่น ข้อมูลจำนวนเครื่องพ่นเคมี/สารเคมี ข้อมูลการใช้สารเคมี (สารออกฤทธิ์) กำจัดยุงลายตัวเต็มวัย แยกเป็นรายตำบล ๔. อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในระดับตำบล เช่น การ สุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน/วัด/โรงเรียน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่พบ ผู้ป่วย ๕. จัดรณรงค์กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ ในช่วงวันไข้เลือดออกอาเซียน (วันที่ ๑๕ มิถุนายน ของทุกปี) <p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องวางแผนการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปี ๒. จัดเวทีประชาคมตำบล/หมู่บ้าน เพื่อหามาตรการร่วมกันในแต่ละ ตำบล/หมู่บ้าน ตลอดจนหาแนววัตกรรมใหม่ๆในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย ๓. มีการประเมินความชุกลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้าน/วัด/โรงเรียน ทุกสัปดาห์

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๔. เสาะแสวงหาแหล่งงบประมาณในการดำเนินงานให้เพียงพอ และสามารถดำเนินการควบคุมโรคตลอดปี โดยเฉพาะเมื่อพบผู้ป่วย</p> <p>๕. จัดรณรงค์กิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมกำจัดลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๖. ดำเนินมาตรการควบคุมโรคตามมาตรการหลัก ๓-๑-๒ ร่วมกับ มาตรการเสริม ๗-๑๔-๒๑-๒๘ ซึ่งหมายถึง รายงานโรคถึงพื้นที่ภายใน ๓ ชั่วโมง พื้นที่ลงสอบสวนโรค ฉีดสเปรย์กระพ่นกำจัดยุงในบ้านผู้ป่วย ภายใน ๑ วัน และในวันที่ ๒ ให้รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายพร้อมกับพ่นเคมีกำจัดยุงลายตัวเต็มวัยในรัศมี ๑๐๐ เมตรหรือทั้งหมดหมู่บ้าน และรณรงค์/พ่นเคมีซ้ำในวันที่ ๗ นับจากวันที่พบผู้ป่วย</p>

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๗ ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน

๓๘ ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (Covid-19)

๓๙ ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (Covid-19)

๒. คำนิยาม :

๑. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก

๒. จังหวัดสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 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

๓. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยร้อยละ ๗๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. ร้อยละของอำเภอที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน	คน	๑ เหตุการณ์ (Event)	๑๒๖ เหตุการณ์ (Event)
๒. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	ระดับ	ดีมาก	ดีมาก
๓. ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)	ร้อยละ	N/A	เข็ม ๑ ร้อยละ ๔๐.๐๓ เข็ม ๒ ร้อยละ ๒๘.๐๔ เข็ม ๓ ร้อยละ ๑.๒๓

ข้อมูล ณ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
๒. เพื่อให้ประชากรที่จังหวัดมหาสารคามได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

๕. Quick Win

๓ เดือน	๖ เดือน	๑๒ เดือน
จังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน	จังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน และมีผลงานและกระบวนการการดำเนินงาน	๑. ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน ๒. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ๓. ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

๖. แหล่งข้อมูล : งานระบาดวิทยา

๗. รายการข้อมูล : รายวัน

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘ ๖๒๓๔ ๖๓๓๕

โทร. ๐๘ ๖๒๓๔ ๖๓๓๕

อีเมลล์ krit.posr@hotmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๑๐ : โครงการควบคุมโรคติดต่อตัวชี้วัดที่ :</p> <p>๓๗. ร้อยละของจังหวัดที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน</p> <p>๓๘. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)</p> <p>๓๙. ร้อยละ ๗๐ ของประชากรที่อยู่ราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. จังหวัดมีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน</p> <p>๒. มีการประชุม EOC ระดับจังหวัด คำนึงข้อมูลตามตัวชี้วัด และวิเคราะห์ชี้เป้า อำเภอที่พบ ผลงานของประชากรที่อยู่อำเภอนั้นได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>๓. มีแผนการดำเนินระดับจังหวัดให้สำเร็จ ตามเป้าหมาย</p> <p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. อำเภอมีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน</p> <p>๒. มีการประชุม EOC ระดับอำเภอ คำนึงข้อมูลตามตัวชี้วัด และวิเคราะห์ชี้เป้า ตำบลที่พบ ผลงานของประชากรที่อยู่อำเภอนั้นได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย</p> <p>๓. มีแผนการระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการให้สำเร็จตามเป้าหมาย</p> <p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. ร่วมกับอำเภอ ดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง ๓ ประเด็น (๓ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน</p> <p>๒. ดำเนินการเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ให้เป็นไปตามมาตรการ แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน และตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) โดยมีหน้าที่เฝ้าระวัง และควบคุมโรคในพื้นที่ ที่รับผิดชอบ</p> <p>๓. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน ปรับพฤติกรรมใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่ (New Normal) เพื่อลดโอกาสการรับและแพร่กระจายเชื้อโรค โดยมีการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ เว้นระยะห่างทางสังคม มีผลการประเมินพฤติกรรมใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๐ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ร้อยละ ๒.๘)

๒. คำนิยาม

ผู้ก่อการดี (Merit Maker) หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในมาตรการต่าง ๆ ดังนี้

๑. นโยบาย
๒. การบริหารจัดการ
๓. สถานการณ์และข้อมูล ๑) มีสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่อย่างน้อย ๕ ปี ย้อนหลัง ๒) มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันการจมน้ำในพื้นที่ ๓) มีการสอบสวนการจมน้ำในกรณีมี case เกิดขึ้น
๔. การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง ได้แก่ ๑) สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน ๒) จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอน พลาสติก เปลา่
๕. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดำเนินงานดังนี้ ๑) สอนครูพี่เลี้ยง ทุกคน ๒) สอน/ให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง ๓) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ
๖. การให้ความรู้ สถานบริการสาธารณสุขหรือชุมชน ๑) มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน ๒) ผลักดัน/สนับสนุนให้มีการนำคอกันเด็กมาใช้ในเด็กอายุ ๐-๒ ปี
๗. การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย ๑) ให้มีวิทยากรในพื้นที่ ๒) ประชาชน/เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ได้รับการเรียน
๘. การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)
๙. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ
๑๐. การศึกษาวิจัย

พื้นที่ที่ดำเนินการ หมายถึง พื้นที่ที่ทีมผู้ก่อการดีจะต้องมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ อย่างน้อยต้องเป็นระดับตำบลขึ้นไป

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 = การจมน้ำตายและจมน้ำหลังจากลื่นในอ่างอาบน้ำ

W๖๗ = การจมน้ำตายและจมน้ำขณะอยู่ในสระว่ายน้ำ

W๖๘ = การจมน้ำตายและจมน้ำหลังจากตกลงไปในสระว่ายน้ำ

W๖๙ = การจมน้ำตายและจมน้ำขณะอยู่ในแหล่งน้ำธรรมชาติ (ทะเลสาบทะเลเปิด แม่น้ำ ลำธาร)

W๗๐ = การจมน้ำตายและจมน้ำหลังจากตกลงไปในแหล่งน้ำธรรมชาติ

W๗๓ = การจมน้ำตายและจมน้ำอื่นที่ระบุรายละเอียด (ถังน้ำดับเพลิง อ่างเก็บน้ำ)

W๗๔ = การจมน้ำตายและจมน้ำที่ไม่ระบุรายละเอียด (จมน้ำตายตกน้ำ)

คอกกันเด็ก (Playpen) หมายถึง พื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) สำหรับเด็กเล็ก อายุระหว่าง ๐-๒ ปี เพื่อป้องกันการจมน้ำในเด็กเล็ก

ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ โดยมีการดำเนินงานทั้งหมด ๑๐ กิจกรรม ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม
๑	จัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔) และมีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖
๒	มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่ ๒.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน ๒.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอนพลาสติกเปล่า
๓	มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อยร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดำเนินการ ดังนี้ ๓.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๓.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง ๓.๓ จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯ
๔	มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำแก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนหรือโรงเรียน ทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง
๕	มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย ๕.๑ ให้มีวิทยากรในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ คน/ปี ๕.๒ ประชาชน/เด็กอายุ ๖-๑๔ ปีจำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน/ปี
๖	มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๕๐ คน /ปี
๗	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน)
๘	มีการจัด/ผลักดัน/สนับสนุนให้มีการนำคอกกันเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) มาใช้ในเด็กอายุ ๐-๒ ปี อย่างน้อยร้อยละ ๔๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี
๙	สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำระดับเงินหรือระดับทอง
๑๐	มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แแสนคน)	ไม่เกิน ๓.๔๐ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แแสนคน	ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แแสนคน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ปกป้องเด็กจมน้ำในพื้นที่ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

๕. แหล่งข้อมูล

จากการประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ปกป้องเด็กจมน้ำและข้อมูลการเสียชีวิตจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

๖. รายการข้อมูล

- จัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่
- มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง
- มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำแก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนหรือโรงเรียน
- มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด
- มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทวี วิทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ
- มีคอกันเด็ก หรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) มาใช้ในเด็กอายุ ๐-๒ ปี
- สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ปกป้องเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทอง
- มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แแสนคน

รายการข้อมูล : การคำนวณอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ICD-๑๐=W๖๕-W๗๔) หมายเหตุ : ปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – กันยายน ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายวันชนะ สิริสม โทร. ๐๘๑-๓๒๐๐-๙๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการ ๑๑ : ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๐ : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน : วัดระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันเด็กจมน้ำ)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนสื่อการดำเนินงาน ๒. จัดกิจกรรมอบรมฟื้นฟูวิทยากรทีมผู้ก่อการดีครบทุกอำเภอ ๓. ประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ ๔. ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ก่อตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำระดับเงินหรือทองอย่างน้อย ๑ ทีม ในระดับตำบลขึ้นไป โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ ๑.๒ มีการบริหารจัดการ เช่น การแก้ไขปัญหาแบบสหสาขา การ Sharing ทรัพยากรและการขยายการดำเนินงาน ๑.๓ มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔) และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ๑.๔ มีการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 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 <ol style="list-style-type: none"> ๑.๕.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน ๑.๕.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง ๑.๖ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน หรือโรงเรียนทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง และมีการใช้คอกกันเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ร้อยละ ๔๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี ๑.๗ มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำ เพื่อเอาชีวิตรอด โดย <ol style="list-style-type: none"> ๑.๗.๑ ให้มีวิทยากรในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ คน/ปี ๑.๗.๒ ประชาชน/เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน/ปี ๑.๘ มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๕๐ คน /ปี

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๑.๙ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทวี วิทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน)</p> <p>๑.๑๐ มีการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๒. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทองอย่างน้อย ๑ ทีม</p> <p>๓. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ร่วมมือกับอำเภอในการก่อตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำหรือก่อตั้งทีมเองในระดับตำบล ระดับเงินหรือทองอย่างน้อย ๑ ทีม โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้</p> <p>๑.๑ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖</p> <p>๑.๒ มีการบริหารจัดการ เช่น การแก้ไขปัญหาแบบสหสาขา การ Sharing ทรัพยากรและการขยายการดำเนินงาน</p> <p>๑.๓ มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔) และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์</p> <p>๑.๔ มีการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่</p> <p>๑.๔.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน</p> <p>๑.๔.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอน</p> <p>๑.๕ มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดังนี้</p> <p>๑.๕.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน</p> <p>๑.๕.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง</p> <p>๑.๖ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน หรือโรงเรียนทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง และมีการใช้คอกกันเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ร้อยละ ๔๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี</p> <p>๑.๗ มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย</p> <p>๑.๗.๑ ให้มีวิทยากรในพื้นที่ จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐ คน/ปี</p> <p>๑.๗.๒ ประชาชน/เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๔๐๐ คน/ปี</p> <p>๑.๘ มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๕๐ คน/ปี</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑.๙ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทวี วิทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน)</p> <p>๑.๑๐ มีการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน</p> <p>๒. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทองอย่างน้อย ๑ ทีม</p> <p>๓. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๒.๘ ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี แสนคน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ร้อยละ ๒๕.๕๐)

๒. คำนิยาม

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

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

๒.๓ การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) โดยหน่วยงานในอำเภอ ผ่านกลไกการทำงานต่าง ๆ ได้แก่ คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอ เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แขวงทางหลวง ทหาร ตำรวจ ขนส่งอำเภอ/จังหวัด ตำรวจ สถานีศึกษา ภาคเอกชน ฯลฯ

๒.๔ ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยมีการดำเนินงานทั้งหมด ๕ กิจกรรม ดังนี้

ลำดับ	กิจกรรม
๑	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และประชุมขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง
๒	ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน /ด่านชุมชน /ศูนย์สร้างเมา ในช่วงเทศกาล หรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
๓	มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) อย่างน้อยอำเภอละ ๓ ทีม
๔	อำเภอมีการดำเนินงาน D-RTI
๕	ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๒๕.๕๐ ต่อประชากรแสนคน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากรแสนคน)	ไม่เกิน ๒๔.๖๘ ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน ๒๕.๕๐ ต่อประชากรแสนคน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีอำเภอดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) มีทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident)
๒. IS Online
๓. PHER
๔. ข้อมูลบูรณาการ ๓ ฐาน (สธ./ตร./บ.กลาง)
๕. การผลการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) และทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V๐๑-V๘๙) หมายเหตุ : ปี ๒๕๖๕ เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - กันยายน ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายวันชนะ สิริสม โทร. ๐๘๑-๓๒๐๐-๙๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๑ : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๒๕.๕๐ ต่อประชากรแสนคน : วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. องค์กร/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ๗. พัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ระบบการส่งการ ตลอดจนระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อตอบสนองกรณีเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งในสภาวะปกติและสาธารณภัย ๘. นิเทศ/ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานระดับอำเภอ ๙. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบรายงาน
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (D-RTI) โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ จัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการประชุมขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา (พชอ./ศปถ.อำเภอ) ๑.๒ มีการจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง และจัดทำแนวโนมสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บ และเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยาการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอและนำข้อมูลมาวิเคราะห์สามเหลี่ยมกำหนดสุขภาพบุคคล สภาวะแวดล้อมและระบบที่เกี่ยวข้อง ๑.๓ มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยใช้ตาราง Haddon' Matrix) ๑.๔ คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาด้วยแผนภูมิต้นไม้ (Problem tree) เพื่อหารากของปัญหา

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑.๕ กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหาและสร้างบัณฑิตผลลัพธ์และวิเคราะห์แรงเสริม-แรงต้าน พร้อมทั้งกำหนดแผนและกิจกรรม</p> <p>๑.๖ จัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI Team) หรือ ศปถ.อปท. พร้อมกับสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาของตำบล/ชุมชน (Problem tree)</p> <p>๑.๗ ดำเนินมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ</p> <p>๑.๘ ชี้นำและแก้ไขจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง (Black Spot) หรือการจัดให้มีโซนถนนปลอดภัย (Safety Zone)</p> <p>๑.๙ สรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิต การบาดเจ็บและจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและประเมินผลมาตรการเฉพาะบางมาตรการ (การรวบรวมข้อมูลสะท้อนผลลัพธ์)</p> <p>๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน /ด้านชุมชน /ศูนย์สร้างเมาในช่วงเทศกาล หรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๓. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงาน (รพท./รพช./สสอ./หน่วยงานราชการอื่น ๆ ในพื้นที่)</p> <p>๔. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน</p> <p>๕. รวบรวมรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบ (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม Accident) / IS Online / PHER / E-Claim/ Quick Win)</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI Team) โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้</p> <p>๑.๑ การจัดตั้งคณะทำงาน (คำสั่ง) และมีการประชุมการประชุม ขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหามีส่วนร่วมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกัน</p> <p>๑.๒ การจัดการข้อมูลเฝ้าระวัง จัดทำแนวโน้มนสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลตามหลักระบาดวิทยา</p> <p>๑.๓ การสอบสวนการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่ และหรือการซ่อมแผนการเกิดอุบัติเหตุ</p> <p>๑.๔ การคัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ และวิเคราะห์ประเด็นปัญหาที่พบ</p> <p>๑.๕ การกำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา มีแผนและกิจกรรมที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหา</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑.๖ การขับเคลื่อนที่มการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน หรือการเฝ้าระวังการบาดเจ็บในชุมชน (หมู่บ้าน, ชุมชน, กลุ่ม/ฝ่าย, ชมรมฯ) พร้อมกับการสร้างกระบวนการศึกษารากของปัญหาในพื้นที่</p> <p>๑.๗ การดำเนินงานมาตรการการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของพื้นที่</p> <p>๑.๘ การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยง ต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและมีผลการดำเนินงานจัดการจุดเสี่ยงในพื้นที่</p> <p>๑.๙ การสรุปผลการดำเนินงานและประเมินผลเปรียบเทียบข้อมูลการเสียชีวิตการบาดเจ็บ และจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ วิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค และประเมินผลเฉพาะมาตรการที่ดำเนินการขับเคลื่อน</p> <p>๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน /ด้านชุมชน /ศูนย์สร้างเมาในช่วงเทศกาล หรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๓. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงาน (รพ.สต./หน่วยงานราชการอื่น ๆ ในพื้นที่)</p> <p>๔. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๒ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

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. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒.๑ ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิต $\geq 140/90$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔

๒.๒ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้านตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน** หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓๔	๒๕๖๕
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ 1.75	≤ 1.75
๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥ 80	≥ 80

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
๒. เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยขั้นต้นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย

๕. แหล่งข้อมูล

- ๕.๑ บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม
เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
- ๕.๒ กรณีการวัดความดันโลหิตที่บ้านจัดเก็บข้อมูลผ่านระบบ HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน : อัตรา กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	
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 = $(A/B) \times 100$ ๒. อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน = $(C/D) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะขารี

โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๓ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง

๒. คำนิยาม

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๒.๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่ได้ออดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ 200 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 ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

๒.๒.๒ การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว

ประชากรเป้าหมาย

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	\geq ร้อยละ ๖๐	\geq ร้อยละ ๘๐
๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	\geq ร้อยละ ๗๐	\geq ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
๒. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	
รายการข้อมูล ๑	A: จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวาน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 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 ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $= (A/B) \times 100$ ๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $= (C/D) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจะชะวารี

โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๒ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและอัตรากลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ตัวชี้วัดที่ ๔๓ :</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับจังหวัด พ.ศ.๒๕๖๕ ๒. พัฒนาระบบการสำรวจออนไลน์ คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรค NCD ๓. วางแผนการป้องกันควบคุมโรคระดับอำเภอ Smart digital health และ platform Health Station ในชุมชน เพื่อจัดการลดความเสี่ยงด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ๔. บูรณาการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่าน พขอ.
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนปฏิบัติงาน (Road map) ระดับตำบล ๒. การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ตามแนวทางและรายงานในระบบ HDC ๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๔. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานภายในปีงบประมาณ (ควรตรวจติดตามภายใน ๓ – ๖ เดือน)</p> <p>๕. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง (รายงานผลค่าเฉลี่ย Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วยอย่างน้อย ๘ วัน และไม่เกิน ๑๒๐ วัน)</p> <p>๖. บันทึกข้อมูลการติดตามผ่านระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม</p> <p>๗. สร้าง Health literacy เรื่องโรคเรื้อรัง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>๘. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเจาะระดับน้ำตาลซ้ำ และรายงานในระบบ HDC</p> <p>๙. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP)</p> <p>๑๐. ดำเนินการลดโรคและปัจจัยเสี่ยงโดยใช้กระบวนการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยชุมชนเป็นฐาน (Community Based Intervention for NCD : CBI NCDs)</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๔ 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 ขั้นตอนผนวกกับการใช้กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa charter for health promotion) ทั้ง ๕ ประเด็น โดยเฉพาะการขับเคลื่อนให้เกิดมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะ ซึ่งจะส่งผลต่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

ชุมชน หมายถึง หมู่ชน หรือกลุ่มคนที่อยู่รวมกันเป็นสังคม อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีการติดต่อสื่อสารกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs” ประกอบด้วย

๑. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคปัญหาและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วมกัน เพื่อวางแผนกำหนดมาตรการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตามกลุ่มวัย

๒. ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการจัดทำแผนงาน/ โครงการแบบมีส่วนร่วม และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน เพื่อจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สอดคล้องกับข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานในระยะต่อไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะขารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๔ : ร้อยละชุมชนผ่านเกณฑ์ การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs”</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ๒. สนับสนุนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ๓. กำกับ ติดตาม นิเทศการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ๒. คัดเลือกชุมชนเข้าร่วมกิจกรรม ๓. บูรณาการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่าน พขอ. ๔. สนับสนุนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ๕. กำกับ ติดตาม นิเทศการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs” ๒. ประเมินและวิเคราะห์ชุมชนที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๓. ทำแผนชุมชนร่วมกันในเวทีชุมชน ๔. ดำเนินงานตามแผนชุมชน ๕. กำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๕ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพคลินิก NCD (PLUS) หมายถึง คลินิก/ ศูนย์/ เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคกลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ การดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลัก ข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเองและส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการประกอบด้วย ๒ ส่วนการพัฒนา 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 ได้แก่

๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน (\geq ร้อยละ ๘๐)

๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL $<$ ๑๐๐ mg/ dl

(\geq ร้อยละ ๖๐)

๓. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (\geq ร้อยละ ๔๐)

๔. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/ ๙๐ mmHg (\geq ร้อยละ ๖๐)

๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI \geq ๒๕ กก./ ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณ

ที่ผ่านมา (\geq ร้อยละ ๑๐)

๖. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน (\leq ร้อยละ ๒)

๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง (\geq ร้อยละ ๕)

๘. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง (\geq ร้อยละ ๘๐)

๙. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (\geq ร้อยละ ๖๐)

๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

ทางไต (\geq ร้อยละ ๘๐)

๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/ หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วง ไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส ๓, ๔ (\geq ร้อยละ ๔๐)

๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/ หรือความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ซะลอกการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย (\geq ร้อยละ ๕๐)

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

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้หมายถึง pre-DM pre-HT กลุ่มป่วยที่เป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

กลุ่มเป้าหมาย

๑. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
๒. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M๒, F๑
๓. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F๒, F๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพคลินิก NCD (PLUS) ระดับดีเด่น	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคลินิก NCD ตามแนวทางดำเนินงานและการประเมินคุณภาพ ตามคู่มือการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ข้อมูลฐาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๕.๒ ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามคู่มือการดำเนินงาน ประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

๕.๓ สอบถาม/ สัมภาษณ์

๕.๔ เอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องพื้นที่ดำเนินการจัดเก็บโดยมาตรฐานทั้งนี้เพื่อใช้ประกอบการ สอบถาม/ สัมภาษณ์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ใช้ตามแบบประเมิน NCD Clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ ทั้ง ๒ 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 การจัดการเชื่อมโยงชุมชน		๑๐	๕๐						
		คะแนนรวม		๕๐	๒๕๐						
รายการข้อมูล ๒		การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๑๒ ตัวชี้วัด									
		รายการ		เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
						๑	๒	๓	๔	๕	
		๑	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥๖๐	๕	<๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๒๕
		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 ≥ 25 กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	≥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	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥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
		๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๒๐
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD 3-4 ซะลอกการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	≥๕๐	๔	<๓๕	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๒๐		
		คะแนนรวม		๕๐					๒๕๐		

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>๑. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ (๕๐ คะแนน)</p> <p>สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนที่ได้} \times \text{น้ำหนัก}}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$</p> <p>๒. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๑๕ ตัวชี้วัด (๕๐ คะแนน)</p> <p>สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{คะแนนการประเมินคุณภาพคลินิก NCD Plus ที่ได้} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนทั้งหมด}}$</p> <p>สรุปผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus = ข้อ ๑ (๕๐) + ข้อ ๒ (๕๐)</p> <p style="text-align: center;">= ๑๐๐ คะแนน</p>
--------------------	---

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะขารี

โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๙ : โครงการควบคุมโรคไม่ ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๕ : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การ ประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ NCDs Board ระดับจังหวัด ๒. เป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ๓. กำกับ ติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ๔. บูรณาการแผนการดำเนินงานในการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังระหว่างแผนงานและหน่วยงานต่าง ๆ <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ NCDs Board ระดับอำเภอ ๒. ดำเนินการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus และปรับปรุงการ ดำเนินงาน NCD Clinic Plus ๓. กำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและ จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ ๔. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิก รวมถึงระบบ ข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัดกลุ่มทะเบียน กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ๕. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแล กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย อย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคเรื้อรังรวมทั้งการประสานการดำเนินการร่วมกันใน การดูแล (Coordination of Care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล ตลอดช่วงอายุ (Continuity of Care) ๖. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยใน โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้ และเชี่ยวชาญ ๗. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนา ให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ๘. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/ หรือ แผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๙. จัดประชุมเพื่อปิด Gap จากผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๒. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ๓. การจัดการให้กลุ่มเสี่ยงมี Health Literacy ที่สามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผล ๔. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD risk $\geq 20\%$ หรือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ๕. จัดบริการคลินิก DPAC ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๖. จัดบริการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗. ดำเนินงานตำบลต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๖ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล

๒. คำนิยาม

คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุก ระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ถือเป็นการพัฒนางานเพื่อชะลอและลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสรณจิต อินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐
นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทร. ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๖ : ร้อยละความสำเร็จในการ ดำเนินงาน CKD clinic ใน โรงพยาบาล</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๒. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนการทำงานของ CKD system manager <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาบุคลากรสหวิชาชีพ - สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน - สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มองค์ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้าน - พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ F๑ ที่มีศักยภาพ ๔. กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ ๕. พัฒนารูปแบบบริการแบบ New normal
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และตำบลจัดการสุขภาพ ๕. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน</p> <p>๗. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model)</p> <p>๘. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษไต/ทีมรักษไต/ชุมชนป้องกันไต</p> <p>๙. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ</p> <p>๑๐. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี</p> <p>๑๑. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD</p> <p>๑๒. พัฒนารูปแบบบริการแบบ New normal</p>
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน</p> <p>๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน</p> <p>๓. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชน ภาควิชาเครือข่าย ในการดูแลตนเอง และการชะลอไตเสื่อมในชุมชน</p> <p>๔. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงในชุมชน (ชุมชนรักษไต/ชุมชนป้องกันไต)</p> <p>๕. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ทักษะในการจัดการตนเอง)</p> <p>๖ การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับ ชุมชน กับสถานบริการในระดับต่าง ๆ</p> <p>๗. พัฒนารูปแบบบริการแบบ New normal</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๗ : ร้อยละของสตรี อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและร้อยละของสตรี อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

๔๗.๑ สตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ร้อยละ ๖๐)

๔๗.๒ สตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (≥ร้อยละ ๘๐)

๒. คำนิยาม

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ณ วันที่รับบริการในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการนั้น ๆ (ขึ้นชื่อตามทะเบียนราษฎร) ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน ๕ ปีที่ผ่านมา ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA Test หรือ Pap-smear

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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๔๐ (สะสม ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔)	๖๐ (สะสม ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕)
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) ของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ต่อปี

๕. แหล่งข้อมูล

- ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
- โปรแกรม HPV screening (HPVcxs๒๐๒๐) ของ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๔๗.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๕
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$
รายการข้อมูล : ๔๗.๒ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๕ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๕
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- นางสรณจิต อินทร เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๕๓๐๐
นางสาวฉัตรภริกรณ์ หานะพันธ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๘๓๓๗ ๗๓๔๘

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน โรคไม่ติดต่อสุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๔๗ : ร้อยละของสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม</p> <p>๔๗.๑ สตรี อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ร้อยละ ๖๐)</p> <p>๔๗.๒ สตรี อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (≥ร้อยละ ๘๐)</p>	<p style="text-align: center;">แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนพัฒนาบุคลากรดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล ๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๔. จัดสรรงบประมาณที่เกี่ยวข้อง <p style="text-align: center;">แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ๓. ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งได้ตามมาตรฐาน ๔. ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ <p style="text-align: center;">แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม เพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ โดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง ๒. จัดระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ ๓. รณรงค์ให้ประชาชนเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก ๔. ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๘ ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. คำนิยาม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุรา เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่เกินร้อยละ ๑๘

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๕
ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ ๑๘
ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลรายงาน HDC

๖. รายการข้อมูล :

ความชุกผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่เกินร้อยละ ๒๕)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ ในหน่วยบริการนั้น} \text{ ๑}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ความชุกผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ร้อยละ	≥ ๒๖	๒๒	๑๘	๑๔	< ๑๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสรณจิต อินทร เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๕๓๐๐

นายอภิศักดิ์ ลากุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๕๗๕๐ ๕๖๙๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกัน ควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ ติดต่อและ ภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๘ : ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งและประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด ๒. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ ๓. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ๔. ออกตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน การละเมิด พ.ร.บ. แอลกอฮอล์/ยาสูบ และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน) ๕. ดำเนินการตรวจเตือน/บังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับทีมเฉพาะกิจในจังหวัด/อำเภอ (๑,๐๐๐ ร้าน) ๖. สนับสนุนการจัดทำมาตรการชุมชนเพื่อการควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชุมชนปลอดสุรา - ยาสูบ ด่านชุมชน งานบุญ/ประเพณี ปลอดเหล้า ๗. สนับสนุนให้ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด ๘. สนับสนุนการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในทุกอำเภอ ๙. สนับสนุนการดำเนินงานในสถานศึกษา ๑๐. นิเทศติดตามประเมินผล
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายระดับอำเภอปี ๒๕๖๕ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/สุราตามกลุ่มเป้าหมาย ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน ๕. ออกตรวจสอบข้อเท็จจริงตามข้อร้องเรียน การละเมิด พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ในพื้นที่ และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน) ๖. ตรวจเตือน ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมายในช่วงเทศกาลสำคัญ ตาม พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๗. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขต และกระทรวงกำหนด ๘. มีการให้บริการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูงในหน่วยบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๙. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม. ๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด ๓. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/สุรา และจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต. ได้ ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่/สุรา ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน ๕. ตรวจสอบ ประชาสัมพันธ์ และบังคับใช้กฎหมาย ในสถานประกอบการต่างๆ ในช่วงเทศกาลสำคัญ งานบุญประเพณี ตาม พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ/แอลกอฮอล์ ในพื้นที่ ๖. ร่วมบำบัด/ติดตาม ผู้ที่เข้ารับการบำบัดผู้ดื่มแอลกอฮอล์ที่มีความเสี่ยงสูง ในชุมชน

นียมตัวชีวิตตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๙ ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. คำนิยาม :

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบยาสูบภายในรอบ ๑๒ เดือน ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป
ยาสูบ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่น ๆ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ

การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจุ่มหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย : ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบยาสูบไม่เกินร้อยละ ๑๘

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ชื่อตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๕
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 / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล : A คือ จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง

B คือ จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ไม่สูบบุหรี่

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอุจิต อินทร เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๕๓๐๐
: นายปรีชาดี บุตะกะ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๒๐๔ ๑๐๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๑ : ควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๔๙ : ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบจังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จังหวัด ๓. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ ๔. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ ๕. ประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๖. สนับสนุนให้ส่งเจ้าหน้าที่งานบุหรี่ร่วมประชุม/อบรมพัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด ๗. สร้างมาตรการทำให้ชุมชนปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ๘. ดำเนินการตรวจสอบการกระทำผิด ตามที่ได้รับเรื่องร้องเรียน และแจ้งผลให้ผู้ร้องเรียนทราบ (ภายใน ๖๐ วัน) ๙. ดำเนินการตรวจเตือน/บังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับทีมเฉพาะกิจในจังหวัด/อำเภอ ๑๐. ประชุมเชิงปฏิบัติการมาตรการ ป้องกันและแก้ไขปัญหา การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานศึกษา และเฝ้าระวัง ควบคุมและบังคับใช้กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในสถานศึกษา ๑๑. นิเทศติดตามประเมินผล
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๕ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่ตามกลุ่มเป้าหมาย ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ในระบบ ๔๓ เพิ่ม ให้เป็นมาตรฐาน ๕. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด ๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อสม.</p> <p>๒. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด</p> <p>๓. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้สูบบุหรี่/และจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น และติดตามช่วยเหลือในระดับ รพ.สต.ได้</p> <p>๔. จัดทำข้อมูลการคัดกรองและการบำบัดผู้สูบบุหรี่ ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ให้เป็นมาตรฐาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๐ : ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

๒. คำนิยาม

การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

หมายถึง การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระบบการแจ้ง และการรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการขับเคลื่อนกลไกการสอบสวนโรคโดยหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด หรือกรุงเทพมหานครและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากระบบเฝ้าระวังผ่านกลไกคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด หรือ กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวัง และกำหนด แนวทางในการปรับปรุงระบบเฝ้าระวัง รวมทั้งทราบถึงความสำคัญและสถานการณ์การระบาดของโรคที่แท้จริง โดยจังหวัดประเมินตนเองในเบื้องต้น และประเมินเชิงคุณภาพโดยส่วนกลาง/สคร. อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง

ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง การรวบรวม ข้อมูลการเกิดโรค การกระจายของโรค หรือปัญหาทางสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งสนับสนุน หรือส่งผลให้เกิดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ หรือโรคและภัยสุขภาพจากสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เรียบเรียง วิเคราะห์แปลผล และกระจายข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ใช้ประโยชน์ เพื่อการวางแผน กำหนดนโยบาย การปฏิบัติงาน และการประเมินมาตรการควบคุมป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยในปี ๒๕๖๕ จะเน้น การพัฒนาระบบและ กลไกการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ การสนับสนุนให้จังหวัด มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม การพัฒนาระบบการแจ้ง การรายงาน การสอบสวนโรค เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมต่อไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของอำเภอที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม		ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้มีระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพภายใต้การขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเมินตนเองตามแบบประเมินระบบเฝ้าระวังฯ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อส่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) และ สคร.รวบรวมข้อมูลส่งกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรคตามลำดับ

๖. รายการข้อมูล

รายงานข้อมูล :	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม
รายงานข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม ตามแนวทางของกรมควบคุมโรค
รายงานข้อมูล ๒	B= จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายประวัติ แผลงมาลย์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔

นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลด ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๑ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อ และภัยสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๕๐ : ร้อยละของอำเภอที่ผ่านการ ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคและ ภัยสุขภาพจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับจังหวัด ๒. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ๓. ขับเคลื่อนกลไกการสอบสวนโรค โดยหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด ๔. สนับสนุนให้ทุกรพท. รพช. สสอ. และ รพ.สต. จัดทำระบบฐานข้อมูล OEHP (Occupational and Environmental Health Profile) และรายงานข้อมูลผู้ป่วย หรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมตามระบบรายงาน ๕. รวบรวม วิเคราะห์ และจัดข้อมูลสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระดับจังหวัด ๖. ประเมินตนเองด้านระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ๗. ติดตาม กำกับ และประเมินการดำเนินงานของอำเภอทุกเดือน ๘. จัดทำรายงาน ส่ง สคร.ที่ ๗ ขอนแก่น ทุกเดือน <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับอำเภอ ๒. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมระดับอำเภอ ๓. รวบรวม วิเคราะห์ และข้อมูลสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระดับอำเภอ ๔. ประสานให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับรายงานข้อมูลผู้ป่วย หรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และตรวจสอบความถูกต้องของรายงานให้ถูกต้องตามหลักการบันทึกข้อมูล ICD-10 จากระบบ HDC ทุกเดือน ๕. ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ๖. นิเทศติดตาม การดำเนินงานของ รพ.สต.

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบายแนวทางการดำเนินงานจากอำเภอ ๒. จัดทำฐานข้อมูลอาชีพอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับตำบล ๓. บันทึกรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้สงสัยป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และตรวจสอบความถูกต้องรายงานจากระบบ HDC และ ระบบ ๔๓ แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข ทุกเดือน ๔. สอบสวนการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม และส่งรายงานให้ สสอ.รวบรวมส่ง สสจ.ต่อไป ๕. รับการประเมินจากอำเภอ/จังหวัด

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๒. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๑ อำเภอมีกการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ

๕๑.๑ ตลาดนัด นาซื่อ (Temporary Market) อำเภอละ ๑ แห่ง

๕๑.๒ อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) อำเภอละ ๑ แห่ง

๕๑.๓ รานอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ ๑ แห่ง

๒. คำนิยาม

สถานประกอบการปรับปรุงแผนเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง สถานประกอบการด้านอาหาร ที่ได้ดำเนินการปรับปรุงจนแผนเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละประเภท และแผนมาตรการป้องกัน การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามที่ ศบค.กำหนด ได้แก่

อาหารริมบาทวิถี หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือ ริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แทน โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวรหรือเคลื่อนย้ายได้ ตามช่วงเวลาที่กำหนด

มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐาน อาหารริมบาทวิถี ประกอบด้วย ๔ มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม และมิติด้านวัฒนธรรม โดยแบ่ง การรับรองเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป

ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ ๒ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยลักษณะของตลาด พ.ศ. ๒๕๕๑

มาตรฐานตลาดนัดนาซื่อ (Temporary Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นาซื่อ ประกอบด้วยเกณฑ์ ๒๐ ข้อ ซึ่งครอบคลุม ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป

รานอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑

มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๕ หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่ จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน ๙ ข้อ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ		
๑.๑ ตลาดนัด นาซ้อ (Temporary Market) อำเภอละ ๑ แห่ง	๐ แห่ง	๑๓ แห่ง
๑.๒ อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) อำเภอละ ๑ แห่ง	๐ แห่ง	๑๓ แห่ง
๑.๓ รานอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ ๑ แห่ง	-	๑๓ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และปฏิบัติตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เปรียบเทียบไตรมาส

๖. รายการข้อมูล

รายงานข้อมูล :	ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ
รายงานข้อมูล ๑	A : จำนวนอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยได้ตามเป้าหมาย
รายงานข้อมูล ๒	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายประวีติ แผลงมาลัย ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔

นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙

แนวทางการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๒ โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร ตัวชี้วัดที่ ๕๑ อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ ๑. ตลาดนัด นาซ้อ (Temporary Market) อำเภอละ ๑ แห่ง ๒. อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) อำเภอละ ๑ แห่ง ๓. รานอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ ๑ แห่ง</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๒. ดำเนินการ <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ๒.๒ สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานความปลอดภัยระดับอำเภอ ๒.๓ จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของจังหวัด ๓. ร่วมกับภาคีเครือข่ายประเมินเชิงคุณภาพฯ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๒. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๓. วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยในพื้นที่ ๔. คัดเลือกสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาทุก Setting ๕. สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานความปลอดภัยระดับอำเภอ ๖. ร่วมกับภาคีเครือข่ายประเมินเชิงคุณภาพฯ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับอปท.ในพื้นที่และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด ๒. วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานความปลอดภัยในพื้นที่ ๓. คัดเลือกสถานประกอบการเข้าร่วมโครงการเพื่อพัฒนาทุก Setting ๔. ประเมินตนเองเบื้องต้นตามเกณฑ์มาตรฐาน ๕. ร่วมกับภาคีเครือข่ายประเมินเชิงคุณภาพตามมาตรฐาน

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๒ : โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๑.๔ 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 หรือในรูปอื่น ๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด/เส้นบะหมี่/ก๋วย/ขนมจีน) และน้ำมัน

อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ไม่มีสารห้ามใช้ตามที่กฎหมายกำหนด

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ ในการควบคุมกำกับ

๑) ให้ผู้ประกอบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ด้วยการแนะนำผู้ประกอบการและตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหารที่จำหน่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ส่งตรวจรถตรวจสอบอาหารเคลื่อนที่ หรือส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการตามข้อกำหนดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูป

๒) ให้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เป้าหมาย การจัดให้มีตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลง ในผักและผลไม้ที่จัดซื้อในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงที่จำหน่ายในตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีแผนการส่งตรวจวิเคราะห์ ยาฆ่าแมลงกลุ่มไกลโฟเสต (Glyphosate) ตามนโยบายกำหนด

๓) ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการตามเกณฑ์รพสต. ตีตรา ในการสุ่มตรวจความปลอดภัยในอาหารสด โดยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือ อบต.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	๘๐	๘๕

๔. วัตถุประสงค์

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปในจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการตรวจสอบและเฝ้าระวังปราศจากสารห้ามใช้ อย่างน้อยร้อยละ ๘๕

๕. แหล่งข้อมูล

- รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- รายงานการตรวจสอบสถานประกอบการ
- รายงานผลวิเคราะห์

๖. รายการข้อมูล

ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย = $A/B \times 100$

A = จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์

B = จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์พบสารห้ามใช้

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------|
| ๑. นายเชษฐา จงกนกพล | ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ | โทร ๐๘๑-๗๐๘๗๓๒๓ |
| ๒. นางปรีณี อัครนิจ | ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ | โทร ๐๘๐-๗๔๙๔๒๖๑ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงาน ๕ : การป้องกันควบคุม โรคและลดปัจจัยเสี่ยง ด้านสุขภาพ โครงการ ๑๒ : ส่งเสริมและพัฒนา ความปลอดภัยด้าน อาหาร ตัวชี้วัด ๕๑.๔ : ร้อยละของผลิตภัณฑ์</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์ ๒. มีการเก็บตัวอย่างบรรจุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงาน คบส.รายไตรมาสในระยะเวลาที่กำหนด ๓. การจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด หรือเป็นไปตามแนวทางที่เขตกำหนด ๔. มีการจัดทำกิจกรรมพัฒนาผักและผลไม้ให้มีความปลอดภัยครอบคลุมทั้งจังหวัด : ระดับจังหวัดดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายโรงคัดแยกผักและผลไม้ ๕. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร ตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
<p>อาหารสดและอาหาร แปรรูปมีความ ปลอดภัย</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีแผนการจัดซื้อชุดตรวจสอบสารปนเปื้อน ๕ ชนิด(ยาฆ่าแมลง ฟอรัมาลีน บอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว) และมีการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๒. มีการจัดใช้ชุดตรวจสอบสารปนเปื้อนตรวจตัวอย่างอาหาร และเก็บตัวอย่างบรรจุเป้าหมายในระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงาน คบส.รายไตรมาส หรือ รายงานเฉพาะกิจในระยะเวลาที่กำหนดและมีการจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด หรือเป็นไปตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด ๓. มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ ๔. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูปให้มีความปลอดภัย ผ่านกลไก พชอ. (อาหารปลอดภัย) ๕. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร ตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑) มีแผนและการจัดซื้อ ข้าว ไข่ ผัก ปลอดภัยห้ามใช้ตามโครงการกำหนด ๕.๒) ตลาดสีเขียวของโรงพยาบาลมีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ และมีการบวกรณการแก้ไขปัญหากรณีผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน ๕.๓) มีการรายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย แก่อำเภอและจังหวัดตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด ๕.๔) มีการสนับสนุนควบคุมกำกับการดำเนินงานสุ่มตรวจอาหารสด ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ใน รพ.สต. เขตอำเภอรับผิดชอบ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. มีแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว</p> <p>๒. มีการเก็บตัวอย่างบรรจุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงาน คบส.รายไตรมาส หรือรายงานเฉพาะกิจในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๓. มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการ</p> <p>๔. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูปให้มีความปลอดภัย ผ่านกลไก พชอ. (อาหารปลอดภัย)</p> <p>๕. การจัดการปัญหากรณีผลการตรวจเฝ้าระวังไม่ผ่านมาตรฐานที่กฎหมายกำหนดหรือเป็นไปตามแนวทางที่อำเภอกำหนด</p>

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๒ 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 หรือเครื่องดื่มในขณะบรรจุที่ปิดสนิท ที่ผลการตรวจวิเคราะห์ที่ผ่านมา พบการปนเปื้อนสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ (Blacklist) วิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการผ่านมาตรฐาน หรือมีเลขผลิตภัณฑ์แสดงฉลากไม่ถูกต้อง

(๒) เครื่องสำอาง ที่จัดแจ้งในประเภทบำรุงผิวที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผิวขาว กระจ่างใส และปัญหาสิว ฝ้า กระจุดด่างดำและฉลากกล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริง หรือเครื่องสำอางที่มีลักษณะทางกายภาพ สีเข้ม/ฉูดฉาดวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการผ่านมาตรฐาน เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง (แอลกอฮอล์ล้างมือ) ได้รับการเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องสำอางฉลากไม่ถูกต้องหรือ อย.ห้ามจำหน่าย

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

(๔) 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 และได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

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

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

(๔) สถานที่ขายยา ทุกประเภท ได้รับการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานตามเกณฑ์ ที่กฎหมายกำหนด อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี

(๕) สถานที่ขายยา ร้านค้า ร้านชำ กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวัง

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

(๕.๒) การจำหน่ายเครื่องสำอางที่มีฉลากไม่ถูกต้อง หรือเครื่องสำอางในกลุ่มที่อย.ห้ามจำหน่าย

(๕.๓) การตรวจสอบการจำหน่ายยาห้ามจำหน่ายในร้านชำ

(๖) สถานที่ผลิตเครื่องสำอางได้รับการตรวจสอบตามที่กฎหมายกำหนด

(๗) เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง หมายถึง เครื่องสำอางที่จัดแจ้งวัตถุประสงค์ในการใช้เพื่อผลิตภัณฑืในประเภทแอลกอฮอล์เพื่ออนามัยสำหรับมือ

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

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด		
** ๑) ร้อยละผลิตภัณฑ์นมโรงเรียน ณ สถานที่ผลิตมีคุณภาพตามมาตรฐานกำหนด	๑๐๐	๑๐๐
** ๒) ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายกำหนด และสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้มาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐
๓) ร้อยละผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้รับการตรวจสอบฉลากและเก็บตัวอย่างตามที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐
๔) ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยงในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการตรวจสอบสเต็มรอยด์ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่ายตามเป้าหมายกำหนด (๓๕ ตย./ครัวเรือน)	๑๐๐	๑๐๐
สถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด		
๕) ร้อยละสถานประกอบการน้ำบริโภค น้ำแข็ง ได้รับการตรวจมาตรฐาน GMP และเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๑๐๐	๑๐๐
๖) ร้อยละสถานประกอบการร้านขายยา ได้รับการตรวจมาตรฐาน GPP ระยะที่ ๓ บันทึกลับผ่านระบบสารสนเทศ GPP ของ อย.	๑๐๐	๑๐๐
๗) ร้อยละร้านขายยา ร้านชำขายส่ง กลุ่มเป้าหมาย*ได้รับการตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารกลุ่มเป้าหมายที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ	๘๐	๘๕
๘) ร้อยละสถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง (แอลกอฮอล์ล้างมือ) ได้รับการเฝ้าระวังการจำหน่ายเครื่องสำอางฉลากไม่ถูกต้องหรือ อย.ห้ามจำหน่าย	๘๐	๘๕
๙) ร้อยละสถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ได้รับการเฝ้าระวังการผลิตเครื่องสำอางไม่ถูกต้อง	๑๐๐	๑๐๐
๑๐) ร้อยละสถานที่ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐาน และเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ปีละ ๑ ครั้ง/แห่ง/ปี	๘๐	๘๕

* ร้านกลุ่มเป้าหมาย ตามที่มีความเสี่ยงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ** ดำเนินการร่วมกันในระดับจังหวัด

๔. วัตถุประสงค์

- ๔.๑ เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย
- ๔.๒ เพื่อตรวจสอบและเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ หลังการออกสู่ตลาด ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด
- ๔.๓ เพื่อเป็นข้อมูลสถานการณ์ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยงที่มีการปลอมปนสเตียรอยด์ คืนกลับสู่การแก้ปัญหาในระดับชุมชน ระดับจังหวัด และระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล

- ๕.๑ ข้อมูลพื้นฐานสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ๕.๒ ข้อมูลสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง
- ๕.๓ แผนปฏิบัติการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ
- ๕.๔ ผลการตรวจสถานประกอบการด้านอาหาร ยา เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

๕.๕ ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์ น้ำบริโภค น้ำแข็ง นมโรงเรียน และผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง

๕.๖ รายงานการเก็บข้อมูลด้วยการสำรวจข้อมูลจากครัวเรือนผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย ในพื้นที่
ดำเนินกิจกรรม RDU community อำเภอละ ๑ ตำบล

๕.๗ สรุปผลรายงานผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงและบริการสุขภาพหลังการอนุญาตดำเนินการได้ถูกต้อง
ตามที่กฎหมายกำหนด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์ผ่านมาตรฐาน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด (ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง : ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรืออาหารที่พบสารที่มีฤทธิ์ในการลดน้ำหนักหรือเสริมสร้างสมรรถภาพทางเพศ และผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง กลุ่มเป้าหมาย ตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง: ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยา ตรวจวิเคราะห์ด้วยชุดทดสอบสแตนด์บายอย่างง่าย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล : ร้อยละสถานประกอบการที่ได้รับการตรวจสอบตามมาตรฐานกำหนด	
รายการข้อมูล ๑	C = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ
รายการข้อมูล ๒	D = จำนวนสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= (C/D) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเชษฐา จงกนกพล	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๘๑-๗๐๘๗๓๒๓
นางอาภากร เขจรักษ์	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙
นายขวัญชัย นุชกลาง	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๘๖-๗๓๓๐๑๐๘
นายภูวดล ภาษา	ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ	โทร ๐๘๘-๒๗๓๒๓๙๗
นางปธิณี อัครนิจ	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๘๐-๗๔๙๔๒๖๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงาน ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตัวชี้วัด ๕๒ : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ. ที่รับผิดชอบ ๒. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายและมีแผนการเฝ้าระวังของเครือข่ายบริการ ๓. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน ๔. ประชุมติดตามผลงานและเสนอแนวทางการดำเนินงาน ในการประชุมงาน post-marketing ของกลุ่มงาน อย่างสม่ำเสมอ ๕. รวบรวมรายงานจากอำเภอและรายงานผลการดำเนินงาน post-marketing ในรายงาน คบส. รายไตรมาส ๖. ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมายผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กลไก SAT Team
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ. ที่รับผิดชอบ ๒. ประชุมอบรม หรือพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๓. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานและบูรณาการการมีส่วนร่วมของ อปท. ท้องถิ่น หรือ พชอ. หรืองานอื่นของหน่วยบริการ ๔. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ คุณภาพผลิตภัณฑ์เป้าหมายและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ในเขตรับผิดชอบ ตามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๕. มีผลสรุปผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่ ๖. มีการรายงานผลการตรวจเฝ้าระวัง ส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามที่กำหนด และรายงานผลการตรวจสถานประกอบการด้านยา GPP ระยะที่ ๓ ภายในไตรมาส ๒

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๗. มีการดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย ผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค หรือ กลไก SAT Team ในระดับอำเภอ</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดทำข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ. ที่รับผิดชอบ</p> <p>๓. ประชุมอบรม หรือการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ</p> <p>๔. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานการมีส่วนร่วมของ อบต. อปท. ท้องถิ่น หรือ พชอ.</p> <p>๕. มีผลการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ของเครือข่ายบริการระดับ ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกับอำเภอและมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่</p> <p>๖. สรุปรายงานผลดำเนินงานแก่ผู้บริหารระดับอำเภอ ทราบ ตามที่กำหนด</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๓ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

ตัวชี้วัดย่อย

๑) ร้อยละของสถานพยาบาลภาคเอกชนกลุ่มเป้าหมายผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (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

ระดับความเสี่ยงของสถานพยาบาลแบ่งเป็น ๕ ระดับ (ตรวจเฝ้าระวังในระดับที่ ๒ ขึ้นไป)

ระดับที่ ๑ แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย

ระดับที่ ๒ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแต่ไม่ได้รับอันตรายได้แก่ สถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ได้รับใบอนุญาต หรือหมอกระเป๋า หรือคลินิกที่ให้บริการเสริมความงาม

ระดับที่ ๓ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้ได้รับอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการบำบัดรักษา

ระดับที่ ๔ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้ได้รับอันตรายชั่วคราว ต้องได้รับการบำบัดรักษานานขึ้น

ระดับที่ ๕ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยให้ได้รับอันตรายถาวร ต้องช่วยชีวิต/เสียชีวิต

เฝ้าระวังตามกฎหมาย หมายถึง การตรวจเยี่ยม การติดตาม และตรวจสอบสถานพยาบาลให้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐
ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย	๗๕	๗๕

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้สถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีมาตรฐานเป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน

๔.๒ เพื่อให้สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามกฎหมายที่กำหนด ได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย และให้บริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐานและปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ สถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ (ข้อมูลทั่วประเทศ) และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑-๑๒ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ข้อมูลระดับเขต) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ข้อมูลระดับจังหวัด)

๕.๒ ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ

๕.๓ ข้อมูลผลการตรวจสถานพยาบาลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ๑) ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด *	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานพยาบาลภาคเอกชนรายใหม่ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งวิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาการดำเนินงานเป็นไปตามที่กำหนดไว้ในคู่มือประชาชน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานพยาบาลเอกชนรายใหม่ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล: ๒) ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย*	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการเฝ้าระวังตามกฎหมาย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด (ระดับความเสี่ยงระดับที่ ๒ ขึ้นไป)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอาภากร เขจรักษ์ ตำแหน่ง เกษัตริ์กรชำนาญการ

โทร ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและ บริการสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๕๓ : ร้อยละของสถานพยาบาล เอกชนและสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่ กฎหมายกำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลเอกชน ๓. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาลรายใหม่ ข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยง ตามนิยาม โดยพิจารณาจากระดับความเสี่ยง ๒ เป็นต้นไป เป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยแยกเป็นคลินิกกลุ่มเสี่ยงที่ให้บริการเสริมความงาม และคลินิกกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ และโรงพยาบาลกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาตาม ระดับความเสี่ยงที่กำหนด ๔. จัดทำรายงานผลตัวชี้วัดผ่านระบบ คบส. (ระบบสถานพยาบาล ออนไลน์) ทุกสิ้นเดือน กรณีการยื่นขอสถานพยาบาลเอกชนรายใหม่ ๕. ออกตรวจประเมินสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย ๖. จัดทำสรุปผลการประเมิน และรายงานต่อคณะอนุกรรมการ สถานพยาบาลประจำจังหวัดและผู้บริหารทราบ ๗. ดำเนินการตามกฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำผิด พ.ร.บ.ที่เกี่ยวข้อง ๘. ออกตรวจมาตรฐานการให้บริการโรงพยาบาลเอกชน สถานพยาบาล เอกชน ลักษณะคลินิกเฉพาะ คลินิกการประกอบโรคศิลปะ เพื่อพิจารณา อนุญาตใหม่ ๙. ออกตรวจสถานพยาบาลเอกชน กรณีต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ สถานพยาบาล ๑๐ ปีเพื่อรายงานคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำ จังหวัด ๑๐. ดำเนินการออกตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนที่ยังไม่ได้รับ ใบอนุญาตและหมอกระเป่า ร่วมกับเครือข่ายบริการ ๑๑. ประชุมคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีประจำจังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. จัดทำฐานข้อมูลสถานพยาบาล ๓. จัดทำข้อมูลสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอของตน ๔. ออกตรวจมาตรฐานการให้บริการสถานพยาบาลเอกชน ลักษณะ เวชกรรม ทันตกรรม กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ การแพทย์แผนไทย การแพทย์แผนไทยประยุกต์ การพยาบาลและการผดุงครรภ์และ สหคลินิกเพื่อพิจารณาอนุญาตใหม่ แล้วส่งผลการตรวจอนุญาตให้ สสจ. เพื่อออกใบอนุญาต

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SITMM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๕. ออกตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ไม่ได้รับอนุญาตเพื่อรายงาน สสจ.ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป</p> <p>๖. ส่งรายงานผลการตรวจสอบมา สสจ.เฉพาะกรณีเป็นสถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยงที่ตรวจพบว่ามีผู้เสียหายจากการไปรับบริการแต่ไม่ถึงกับเป็นอันตราย (ความเสี่ยงระดับ ๒ เป็นต้นไป) เพื่อให้ สสจ. ดำเนินการตามกฎหมายต่อไป (สถานพยาบาลกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คลินิกที่ให้บริการเสริมความงามหรือคลินิกเถื่อน หรือหมอกระเป่า ในพื้นที่รับผิดชอบ)</p> <p>๗. ตรวจสอบประเมินมาตรฐานการให้บริการสถานพยาบาลเอกชนทุกแห่ง เพื่อเฝ้าระวังประจำปี อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <p>๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ</p> <p>๒. จัดทำข้อมูลพื้นฐานสถานพยาบาลเอกชนในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๓. ร่วมออกตรวจสอบสถานพยาบาลกับพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ</p> <p>๔. สอดส่องดูแล ไม่ให้มีสถานพยาบาลเอกชนและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยังไม่ได้รับอนุญาตในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หากพบให้รายงานหัวหน้าส่วนราชการ แล้วรายงาน ส่ง สสจ.</p> <p>๕. รายงานผลการตรวจสอบให้ผู้บริหารระดับอำเภอทราบ</p>

นิตยสารตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๔ ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ
 ระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑ ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมาย
 ได้รับการจัดการ

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒ ร้อยละร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย
 ได้รับการจัดการ

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๓ ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๔ ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๕ จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามบริบทงานอนามัยโรงเรียน ผ่านการ
 ประเมินในระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๖ ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและ
 ชุมชนตามเกณฑ์ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค)

๒. คำนิยาม

ความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความ
 เข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้ หมายถึง

๑) เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีความเข้มแข็ง
 ในการเฝ้าระวังและจัดการปัญหาโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

๒) เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการเฝ้าระวัง
 และจัดการร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย

๓) เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอมีจัดการเรื่อง
 ร้องเรียนได้ตาม SOP

๔) เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอมีการดำเนินการ
 ปัญหาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพโดยกลไก SAT Team

๕) เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับอำเภอ (CUP) สามารถประสานความร่วมมือและสนับสนุน
 การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ แก่ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ โรงเรียนมัธยมศึกษา
 โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนประถมศึกษา ทุกสังกัดที่อยู่ในพื้นที่อำเภอ เพื่อเข้าร่วม
 ดำเนินกิจกรรม อย.น้อย และโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานโรงเรียน อย.น้อย
 ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป

โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง โฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา กำกับดูแล ๙ ประเภท ได้แก่ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง วัตถุอันตราย (ที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางการสาธารณสุข) วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษ และสารระเหย

โฆษณาทางสื่อออนไลน์ หมายถึง โฆษณาสินค้าหรือบริการโดยผ่านทางอินเทอร์เน็ต ได้แก่ Shopee Lazada Facebook

สถานีวิทยุ หมายถึง สถานที่ใช้สำหรับทำการส่งข่าวสารสาธารณสุขหรือรายการของการประกอบกิจการวิทยุกระจายเสียง ไม่ว่าจะเป็นการส่งผ่านโครงข่ายของตนเอง หรือของผู้อื่นก็ตาม

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

การจัดการ หมายถึง การวิเคราะห์ แยกประเด็นข้อมูลการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย และดำเนินการวิธีใดๆเพื่อไม่ให้เผยแพร่ โฆษณาที่ผิดกฎหมาย เช่น การเรียก ผู้ประกอบการมาชี้แจง ป้องปราม สั่งระงับ โฆษณา เปรียบเทียบปรับ ส่งฟ้องศาล และส่งข้อมูลให้ กสทช. เป็นต้น

ร้านค้าส่ง หมายถึง ร้านค้าที่ขายสินค้าอุปโภคบริโภค รวมถึง ยาและเวชภัณฑ์มีไซยา ให้กับผู้ใช้ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปขายต่อหรือซื้อไปใช้ในการประกอบธุรกิจ

การขายยาและผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมายในร้านค้าส่ง ได้แก่ ร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยา นอกเหนือจากยาสามัญประจำบ้าน เครื่องสำอาง ผลิตภัณฑ์อาหารไม่มีทะเบียน ยาเสพติด วัตถุอันตรายไม่มีทะเบียน

เรื่องร้องเรียนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง เรื่องร้องเรียนที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานประกอบการ หรือการกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการโฆษณา ตามพระราชบัญญัติหรือพระราชกำหนด ที่ อย. มอบอำนาจให้ สสจ.

SAT Team หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตามตรวจจับ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์ความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

โรงเรียนอ.น้อย ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม หมายถึง โรงเรียนที่นำองค์ประกอบของเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียน อ.น้อย มาใช้ประเมินตนเอง มีผลคะแนนการประเมินมากกว่า ๘๐ คะแนนขึ้นไปที่ดีรับการรับรอง และการรับรองนั้นยังไม่หมดอายุ

โรงเรียน อ.น้อย หมายถึง โรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงเรียน อ.น้อย และมีการดำเนินงานเพิ่มเติมในประเด็นสำคัญด้านคุ้มครองผู้บริโภค ๓ ประเด็น คือ ๑) กิจกรรมการสื่อสารเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน ๒) กิจกรรมบูรณาการร่วมกับเครือข่ายเพื่อลดความเสี่ยงจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของบุคคลในชุมชน และ ๓) กิจกรรมการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรม เพื่อการมีพฤติกรรมบริโภคที่เหมาะสม

อปท. หมายถึง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึงรวมถึง องค์การบริหารส่วนตำบลตามกฎหมายว่าด้วยสภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดมหาสารคามมีทั้งหมด

จำนวน ๑๔๒ แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลเมืองมหาสารคาม ๑ แห่ง เทศบาลตำบล จำนวน ๑๘ แห่ง และ องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๑๒๓ แห่ง

เทศบาล หมายถึง เทศบาลนคร เทศบาลเมือง เทศบาลตำบล ทั่วประเทศ

เทศบาลที่ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง เทศบาลที่มีการจัดทำ แผนการปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม/หรือดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามภารกิจ ที่ระบุในแผนปฏิบัติการกำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๑) ดังนี้

๑. การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
๒. การเสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภคและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม
๓. การสร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้บริโภคในท้องถิ่น
๔. ตรวจสอบติดตามคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอางในสถานที่จำหน่าย ตามที่ระบุในพระราชบัญญัติแต่ละประเภท

๓. เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ ๕

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงและ สื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิด กฎหมายได้รับการจัดการ	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP	๑๐๐	๑๐๐
ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ	๕	๕
จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามบริบทงานอนามัยโรงเรียน ผ่านการประเมินในระดับ Plus เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔	ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง/ จังหวัด	ไม่น้อยกว่า ๒ แห่ง/ จังหวัด และมีส่วนร่วม ร่วมกับบวร.ร
จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามบริบทงานอนามัยโรงเรียน ผ่านการประเมินในระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓	ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง/ อำเภอ	ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง/ อำเภอ และมีส่วนร่วม ร่วมกับบวร.ร
ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค)	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละของเทศบาลที่มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพครบทั้ง ๔ ภารกิจ	๒๐	๒๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้
๒. เพื่อทราบสถานการณ์การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจการกระจายอำนาจให้ อปท.
๓. กระตุ้น กำกับ และส่งเสริมให้มีการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ครบ
๔. ภารกิจ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. รายงานการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และการโฆษณา
๒. ฐานข้อมูลร้านค้าและโรงเรียน
๓. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน SAT TEAM
๔. ข้อมูลการดำเนินงานของ อปท. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๖. รายการข้อมูล

- ๖.๑ ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ

รายการข้อมูล:	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่และสื่อออนไลน์ ที่ได้รับการจัดการให้ถูกต้องตามกฎหมาย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่และสื่อออนไลน์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

- ๖.๒ ร้อยละร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายได้รับการจัดการ

รายการข้อมูล ๒ :	
รายการข้อมูล ๑	C = จำนวนร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายได้รับการจัดการ
รายการข้อมูล ๒	D = จำนวนร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$

รายการข้อมูล ๓ : ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP	
รายการข้อมูล ๑	E = จำนวนเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP
รายการข้อมูล ๒	F = จำนวนเรียนร้องเรียนทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(E/F) \times 100$

๖.๓ ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ (SAT Team) ระดับอำเภอ มีแผนและเป้าหมายการประชุม
๒	มีผลการประชุมคณะทำงานจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ ตามเป้าหมายที่กำหนด
๓	มีการประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ รายงานผู้เกี่ยวข้อง
๔	นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง
๕	ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป

๖.๔ รายงานข้อมูล ๕

จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามบริบทงานอนามัยโรงเรียน ผ่านการประเมินในระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๓ ไม่น้อยกว่า ๑ โรงเรียนต่ออำเภอ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเกษียร นวนน่วม	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
นายเชษฐา จงกนกพล	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
นางอภากร เขจรรักษ์	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
นายยุทธพร สุขวิชัย	ตำแหน่ง เกสัชกรชำนาญการ
นายภูวดล ภูษา	ตำแหน่ง เกสัชกรปฏิบัติการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๕๔ : ระดับความสำเร็จของ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้ ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑ :</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กำหนดขั้นตอนการเฝ้าระวังและการรายงานข้อมูลการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคให้รู้เท่าทันสื่อ ๓. บูรณาการแก้ไขปัญหาโฆษณาระหว่าง สสจ. กับ กสทช.ภาค และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ๔. รวบรวมข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพและสถานีวิทยุในพื้นที่จังหวัดที่พบการโฆษณาผิดกฎหมาย ๕. ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายหากพบโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงในพื้นที่จังหวัดที่ผิดกฎหมาย ๖. ดำเนินการตามกฎหมายหากพบโฆษณาทางสื่อออนไลน์ที่ผิดกฎหมายของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๗. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ประกอบการสื่อโฆษณาดำเนินการอย่างถูกต้อง
<p>ร้อยละของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อวิทยุกระจายเสียงที่ผิดกฎหมายได้รับการจัดการ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รวบรวมข้อมูลสถานีวิทยุกระจายเสียงในพื้นที่อำเภอ รายงานต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด ๒. พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุกระจายเสียงในเขตพื้นที่ที่ผิดกฎหมาย ๓. ดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสื่อออนไลน์ ไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๔. สนับสนุนข้อมูลให้ผู้บริโภคมีความรู้เท่าทันสื่อ ๕. รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพและแจ้งต่อผู้รับผิดชอบระดับอำเภอหรือจังหวัด กรณีสงสัยว่าอาจมีการโฆษณาผิดกฎหมาย ๒. พัฒนาศักยภาพ อสม. คุ้มครองผู้บริโภคในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ประชาชนให้รู้เท่าทันสื่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๕๔ :</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับงานจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กำหนดขั้นตอนการเฝ้าระวังและการรายงานข้อมูลร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่ายในการเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการเฝ้าระวังร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๓. ดำเนินการบังคับใช้กฎหมายหากพบร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์
<p>ระดับความสำเร็จของ</p> <p>เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒ :</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ตรวจสอบเฝ้าระวังร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒. รายงานข้อมูลการเฝ้าระวังต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด ๓. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ร้านค้าในการจำหน่ายยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย ๔. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการเฝ้าระวังการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าส่ง
<p>ร้อยละร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดตามกฎหมายได้รับการจัดการ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สํารวจ เฝ้าระวังร้านค้าส่งที่มีการจำหน่ายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือดำเนินการร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ๒. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ประชาชนในการจำหน่ายยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย ๓. พัฒนาศักยภาพ อสม. คุ้มครองผู้บริโภคในการให้ความรู้ คำแนะนำแก่ร้านค้าในการจำหน่ายยาให้ถูกต้องตามกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๕๔ : ระดับความสำเร็จของ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้ ตัวชี้วัดย่อยที่ ๓ : ร้อยละเรื่องร้องเรียนได้รับการจัดการตาม SOP</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ๒. สนับสนุนด้านวิชาการและองค์ความรู้ต่างๆ ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาการดำเนินงานให้แก่เจ้าหน้าที่ รพท./รพช./สสอ./ประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ๓. ส่งเสริม สนับสนุน ติดตามกำกับและประเมินผลเครือข่ายดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ๔. นิเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่อรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงานภาพรวมเพื่อรายงาน ๕. รับเรื่องและดำเนินการตามกฎหมาย
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบดำเนินงานเรื่องร้องเรียน ๒. มี SOP ในการปฏิบัติงานเรื่องร้องเรียน ๓. มีระบบการรับเรื่องร้องเรียน ๔. มีการดำเนินการและบันทึกตาม SOP ที่กำหนด ๕. รายงานผลการปฏิบัติงานต่อผู้บริหารและประสานข้อมูลต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ฝั้าระวังและรายงานความเสี่ยงด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายให้สามารถเฝ้าระวังและรายงานความเสี่ยง

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๕๔ : ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ ๔ : ระดับความสำเร็จของ SAT Team ระดับอำเภอ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับจังหวัด ๒. ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนแนวทางและกลยุทธ์การปฏิบัติงานสู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อำเภอและตำบล ๓. ประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ พร้อมรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ ๔. นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง ๕. ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทราบ
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอ ๒. ประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงาน เพื่อขับเคลื่อนแนวทางและกลยุทธ์การปฏิบัติงานสู่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตำบล ๓. ประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ พร้อมรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ ๔. นำเสนอแนวทางการจัดการภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพแก่ผู้เกี่ยวข้อง ๕. ประสานการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพ และสรุปผลการดำเนินงานนำเสนอผู้บริหาร และคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประเมินสถานการณ์และระบุภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ พร้อมรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ ๒. สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการดำเนินการแก้ไขปัญหาภัยจากผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และร่วมแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนที่จะเป็นภัยต่อสุขภาพ กับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๕๔ : ระดับความสำเร็จของ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ ๕ : จำนวนโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามบริบทงานอนามัยโรงเรียน ผ่านการประเมินในระดับดีเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อบรม/สร้างครูและนักเรียนแกนนำ อย.น้อย ตามแนวทางของ อย. ๒. นิเทศ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค และรายงานผลประจำปีระดับจังหวัด ๓. เผยแพร่สื่อสนับสนุนให้แก่อำเภอและโรงเรียนที่เข้ารับการประเมิน เพื่อการดำเนินงานให้สอดคล้องกับแนวทาง อย.น้อย เช่น สื่อการเรียนการสอน <p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้โรงเรียนเข้าร่วมรับการประเมินโรงเรียน อย.น้อย ๒. สนับสนุนองค์ความรู้ทางวิชาการ สื่อที่เกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อย เพื่อพัฒนาไปสู่ผลการประเมินระดับดีเยี่ยม และมีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย บวร.ร ๓. ประสานความร่วมมือกับชุมชน และออกแบบให้มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาไปสู่โรงเรียน อย.น้อย (Plus) และมีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย บวร.ร ๔. นิเทศ กำกับ ติดตาม โรงเรียน อย.น้อย ที่ผ่านการประเมินในปี ๒๕๖๔ และโรงเรียนที่รับการประเมินในปี ๒๕๖๕ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๕. ประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียน อย.น้อยระดับดีเยี่ยม และ อย.น้อย plus รายงานสาธารณสุขจังหวัด <p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาและสนับสนุนกิจกรรม อย.น้อย ในพื้นที่โดยร่วมมือกับ อบท. ๒. ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมตามแนวทาง อย.น้อย ๓. พัฒนาความร่วมมือเครือข่าย “อย.น้อย-ชุมชน ร่วมใจ” เพื่อเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๕๔ : ระดับความสำเร็จของ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้อง</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงาน คบส. ในพื้นที่ร่วมกับ สสจ. ๒. ติดตามผลดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพตามภารกิจที่กำหนด
<p>สิทธิประชาชนได้ ตัวชี้วัดย่อยที่ ๖ : ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค)</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพใน อปท. ๒. เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตาม พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ และ พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ.๒๕๕๘ ๓. ตรวจสอบติดตามคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่ายอาหารและเครื่องสำอาง ๔. ดำเนินการเก็บตัวอย่าง ตรวจสอบด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้ตามข้อ ๕ และหรือข้อ ๖ ได้บรรลุผล ๕. อปท. สรุปผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพต่อกรมส่งเสริมปกครองส่วนท้องถิ่น และ อย. อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๕ จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต

๒. คำนิยาม

ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง

๒.๑ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ได้แก่

๒.๑.๑ เครื่องมือแพทย์ : ๑) หน้ากากอนามัย (Surgical gown) ๒) หน้ากาก N95 (N95 respirator) ๓) เสื้อกาวน์ทางการแพทย์ (Isolation gown/surgical gown) ๔) ชุดคลุมปฏิบัติการทางการแพทย์ (coverall) ๕) หมวกคลุมผม (Hair cover) ๖) หมวกคลุมศีรษะ (Hood cover) ๗) แว่นตา (Goggles) ๘) ที่บังหน้า (Face shield) ๙) ที่คลุมขา (Leg cover) ๑๐) อุปกรณ์ปกป้องทางเดินหายใจแบบจ่ายอากาศบริสุทธิ์ (PAPR) ๑๑) เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Pulse oximeter) ๑๒) เครื่องฆ่าเชื้อเครื่องมือแพทย์ด้วย UVC (UVC sterilizer) ๑๓) อุปกรณ์วัดไข้ (Thermometer) ๑๔) ไม้พันสำลี (Nasopharyngeal swab/nasal swab) ๑๕) ที่เก็บตัวอย่างเชื้อโควิด-19 (Covid-19 related specimen) ๑๖) อุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยความดันลบ (Negative pressure isolation chamber) ๑๗) เครื่องให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง (High flow nasal cannula oxygen: HFNC) ๑๘) กระบอกฉีดยา (Syringe) ๑๙) กระบอกฉีดยาร่วมเข็ม (Syringe with needle) และ ๒๐) เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) หรือเครื่องมือแพทย์อื่นที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19

๒.๑.๒ เครื่องสำอาง : แอลกอฮอล์เพื่อสุขอนามัยสำหรับมือ

๒.๑.๓ วัตถุอันตราย : ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด

๒.๑.๔ ผลิตภัณฑ์สมุนไพร : ฟ้าทะลายโจร

๒.๒ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีส่วนผสมของกัญชา กัญชง ได้แก่ อาหาร วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง และผลิตภัณฑ์สมุนไพร

ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ที่มีศักยภาพ ความพร้อม และประสงค์ที่จะประกอบการผลิต (ตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพ) ผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ต้องการเพิ่มรายการผลิตภัณฑ์ฯ ได้แก่ อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย ผลิตภัณฑ์สมุนไพร และ วัตถุเสพติด ทั้งนี้ ให้รวมถึงผู้ที่มีคุณสมบัติตาม พ.ร.บ.ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น ๆ

ส่งเสริมให้สามารถได้รับการอนุญาต หมายถึง ได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ แก่ผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาตจาก อย.หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)

อย่างน้อย ๑ ผลิตรหัสต่อเขตสุขภาพ หมายถึง ผลิตรหัสสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการส่งเสริม/พัฒนา จนสามารถได้รับอนุญาตเป็นผลสำเร็จ โดยมีเป้าหมายอย่างน้อย ๑ ผลิตรหัสต่อเขตสุขภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
จำนวนผลิตรหัสสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการให้สามารถได้รับการอนุญาต(กัญชา/กัญชง)	-	๓

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผลิตรหัสสุขภาพกลุ่มเป้าหมายได้รับอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการดังกล่าว

๕. แหล่งข้อมูล

- รายงานเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ฐานข้อมูลการอนุญาตผลิตรหัสสุขภาพผ่านระบบ Skynet

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล: จำนวนผลิตรหัสสุขภาพเป้าหมายที่เกิดจากการส่งเสริมผู้ประกอบการที่ได้รับอนุญาต	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผลิตรหัสสุขภาพเป้าหมาย(ส่งเสริมผู้ประกอบการ) ที่ยื่นขออนุญาตและได้รับอนุญาต
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผลิตรหัสสุขภาพเป้าหมาย(ส่งเสริมผู้ประกอบการ)และยื่นขออนุญาตทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางปธิณี อัครนิจ	ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ	โทร ๐๘๐-๗๔๙-๔๒๖๑
นางสาววรรณมน สัจจงพงษ์	ตำแหน่งเภสัชกรปฏิบัติการ	โทร ๐๖๔-๔๕๓-๙๖๒๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงาน ๕ : การป้องกันควบคุมโรคและ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการ ๑๓ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและ บริการสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๕๕ : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการ ส่งเสริมผู้ประกอบการให้ สามารถได้รับการอนุญาต</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ.ที่รับผิดชอบ ๒. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ เก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายและมีแผนการเฝ้าระวังของเครือข่ายบริการ ๓. ประชุมติดตามผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปีงบประมาณ ๔. ประชุมติดตามผลงานและเสนอแนวทางการดำเนินงาน ในการประชุมคณะทำงาน/ชุดปฏิบัติการตรวจสอบการดำเนินงานกัญชง ในระดับอำเภอ อย่างสม่ำเสมอ ๕. ดำเนินการตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย ผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะทำงาน/ชุดปฏิบัติการตรวจสอบการดำเนินงานกัญชง หรือ กลไก SAT Team
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับตำบล ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ.ที่รับผิดชอบ ๒. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานและบูรณาการ การมีส่วนร่วมของ อปท. ท้องถิ่น หรือ พชอ. หรืองานอื่นของหน่วยบริการ ๓. ตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ คุณภาพผลิตภัณฑ์เป้าหมายและเก็บตัวอย่างส่งตรวจวิเคราะห์ ในเขตรับผิดชอบ ตามข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๔. มีผลสรุปผลการดำเนินงานตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่และคุณภาพผลิตภัณฑ์สุขภาพและมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่ ๕. มีการดำเนินการให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดกรณีพบการกระทำฝ่าฝืนกฎหมาย ผ่านกลไกระบบงานปกติ คณะทำงาน/ชุดปฏิบัติการตรวจสอบการดำเนินงานกัญชง ในระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำข้อมูลพื้นฐานที่เป็นปัจจุบัน ๒. พัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านความรู้ตาม พ.ร.บ.ที่รับผิดชอบ ๓. ประชุมอบรม หรือการพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๔. สนับสนุน ส่งเสริม ประสานการมีส่วนร่วมของ อบต. อปท. ท้องถิ่น หรือ พชอ. ๕. มีผลการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานที่ และคุณภาพผลิตภัณฑ์ของเครือข่ายบริการระดับ ตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกับอำเภอและมีการแก้ไขปัญหาในระดับที่แก้ไขได้ในพื้นที่ ๖. สรุปรายงานผลดำเนินงานแก่ผู้บริหารระดับอำเภอทราบ ตามที่กำหนด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ ๑๔ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ ๑๐๐ และระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๘๕)

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ ๑ และขั้นตอนที่ ๒ เกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๐	
ขั้นตอนที่ ๑. การสร้างกระบวนการพัฒนา	
๑. มีการกำหนดนโยบาย (เพิ่มเติม) ๑) งดการใช้กล่องโฟมในการบรรจุอาหาร ๒) ใช้ถุงผ้าแทนถุงพลาสติก ๓) จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
ขั้นตอนที่ ๒. กิจกรรม GREEN	
G:GARBAGE	๒. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และมีการควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control
	๓. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป ได้แก่ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่น ๆ ไปยังที่พิกมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
R:RESTEROOM	๔. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัยที่อาคารผู้ป่วยนอก
E:ENERGY	๕. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E:ENVERONMENT	๖. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการ
	๗. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N:NUTRITION	๘. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.๒๕๖๑
	๙. ร้อยละ ๑๐๐ ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.๒๕๖๑
	๑๐. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคที่สะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑๑-๑๒	
	๑๑. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
	๑๒. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐาน สะอาด เพียงพอและปลอดภัย(HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑๓-๑๔	
	๑๓. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	๑๔. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN COMMUNITY
ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑๕-๑๖	
	๑๕. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	๑๖. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับ รพท./รพช. ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป
	หรือ โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีมาก/ดีมาก Plus	- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๔๐	- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Plus

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท./รพช.)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูลที่ ๑	A๑ = จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A๒ = จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท./รพช.) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A๑ + A๒)/B) \times ๑๐๐ =$ จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป $(A๒/B) \times ๑๐๐ =$ จำนวนโรงพยาบาลที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายประวัตติ แปลงมาลย์

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทร. ๐๘๕-๐๐๒๗๖๓๔

นางสุกัญญา สารฤทธิคาม

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม โครงการที่ ๑๔ : โครงการบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม ตัวชี้วัดที่ ๕๖ :</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ๒. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ระหว่างโรงพยาบาลโดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๓. ติดตาม นิเทศ/ประเมินรับรองฯ ๔. ประชุมคณะทำงานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
<p>ร้อยละของโรงพยาบาลที่ พัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (ระดับดีมาก ขึ้นไปร้อยละ ๑๐๐ และ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ ๘๕)</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคณะกรรมการพัฒนาระดับอำเภอ ๒. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ตามแบบประเมินตนเองฯ เพื่อวางแผนสนับสนุนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาลได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital อย่างต่อเนื่อง ๓. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน ๔. พัฒนาศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาล ๕. บูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายและสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ๖. ประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital เพื่อขอรับการประเมินในระดับที่สูงขึ้นจากทีมตรวจประเมินของ สสจ. และศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น ๗. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN และมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ในระดับ รพสต. ๘. กำกับติดตามประเมินผลและพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN ในรพสต.อย่างต่อเนื่อง (GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital) บูรณาการกับ รพ.สต.ติดดาว ๙. ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรม GREEN ใน รพ.สต.และเครือข่ายสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <p>๑. ดำเนินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN (GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital)</p> <p>๒. ขยายเครือข่ายการพัฒนา GREEN & CLEAN ชุมชนเพื่อส่งเสริมให้เกิด GREEN & CLEAN Community</p> <p>๓. จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

โครงการที่ ๑๔ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๗ : ร้อยละของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการลดลง ของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม

๒. คำนิยาม

อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม หมายถึง อัตรา การเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ทั้ง Traditional Hazard และ Modern Hazard ได้แก่ ๑) อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคจาก ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019) และ ๒) อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัย และ มลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษ ทางอากาศ (เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โรคจากอาหารและน้ำปนเปื้อน (เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคพยาธิใบไม้ตับ) เป็นต้น

การจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง จังหวัดมีการดำเนินการค้นหา และประเมินความเสี่ยง และกำหนดมาตรการการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งมีกลไกการบริหารจัดการ กำกับ ติดตาม และ ประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดดังนี้

๑. มีข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น มีข้อมูล (เช่น สิ่งแวดล้อมสุขภาพ และกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น) การเฝ้าระวังปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การสื่อสารเตือนภัย และเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ เป็นต้น

๒. เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน และสอบสวนโรคอย่างทันท่วงที เช่น เฝ้าระวังโรคที่เกี่ยวข้องกับ สุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม อย่างน้อย ๒ โรค ได้แก่ ๑) โรคจากภาวะฉุกเฉินด้าน การแพทย์และสาธารณสุขหรือโรคอุบัติใหม่ อุตุนิซ้า (โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และ ๒) โรคที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อมตามปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ เช่น โรคที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ (เช่น โรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง) โรคจากอาหารและน้ำปนเปื้อน (เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โรคพยาธิใบไม้ตับ) เป็นต้น การสร้างเครือข่ายการเฝ้าระวังในพื้นที่ และการติดตามเฝ้าระวังการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการ กิจการ/กิจกรรม โดยใช้เครื่องมือและ Platform (Thai Stop COVID Plus) เป็นต้น

๓. สร้างความรอบรู้อาสาสมัครด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพแก่ประชาชน และสื่อสารความเสี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ คือ มีการจัดทำกระบวนการสร้างความ รอบรู้ ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน หรือการดำเนินงานใดๆอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนต่อการสร้างความรอบรู้ที่เกี่ยวกับมลพิษสิ่งแวดล้อมแก่ประชาชน เช่น การสื่อสารให้ข้อมูลแก่ประชาชนผ่านช่องทางต่าง ๆ และการเฝ้าระวังและสื่อสาร ด้านข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นต้น

๔. การดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพ คลินิกมลพิษ มีระบบการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจการ กิจกรรมปฏิบัติ ตามมาตรฐานที่กำหนด และ อสม./ทีมหมอครอบครัวลงพื้นที่ดูแลสุขภาพประชาชน เป็นต้น

๕. มาตรการทางกฎหมาย ได้แก่ สนับสนุนการใชกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาดานมลพิษสิ่งแวดล้อม และการจัดการสุขลักษณะในสถานประกอบการ กิจการ กิจกรรม ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๕
- ร้อยละของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูซอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้อำเภอมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และมีมาตรการส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนที่ส่งผลกระทบต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูซอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม

๕. แหล่งข้อมูล

- จากระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในระบบ Google Form ไตรมาส ๒ และ ๔
- รายงานจากระบบฐานข้อมูล NEHIS, DashBoard
- แบบประเมินตนเองอำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล

รายงานข้อมูล :	ร้อยละของอำเภอจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูซอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม
รายงานข้อมูล ๑	A : อำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อการลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูซอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม
รายงานข้อมูล ๒	B : จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-----------------------|---|
| นายประวัติ แผลงมาลย์ | ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ |
| | เบอร์โทร ๐๘ ๕๐๐๒ ๗๖๓๔ |
| นายวุฒิพันธุ์ จันคามิ | ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน |
| | เบอร์โทร ๐๘ ๓๒๘๙ ๔๒๔๗๙ |

แนวทางการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม โครงการที่ ๑๔ : โครงการบริหารจัดการ สิ่งแวดล้อม ตัวชี้วัดที่ ๕๗ : ร้อยละของจังหวัดจัดการ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อการลดลงของ อัตราป่วยด้วยโรคที่ เกี่ยวข้องกับสูขอนามัยและ มลพิษสิ่งแวดล้อม</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๒. สนับสนุนให้ทุกโรงพยาบาล,รพ.สต.และองค์กรปกครองท้องถิ่น พัฒนา ระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น โปรแกรม NEHIS , Dash Board และ ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องฯ ๓. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่ ๔. ติดตาม กำกับ และประเมินการดำเนินงาน ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพระดับอำเภอ ๕. จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพประจำปี
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๒. อำเภอประเมินตัวเองด้านการมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม และสุขภาพตามเกณฑ์ ตามแบบประเมิน MOPH_PV ๐๑ ๓. ดำเนินการขับเคลื่อน สนับสนุน ประสานความร่วมมือ ให้ทุก โรงพยาบาล รพ.สต. และองค์กรปกครองท้องถิ่นมีการพัฒนาระบบระบบ จัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์ ๔. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผล ต่อสุขภาพในพื้นที่ เสนอต่อที่ประชุม คณะกรรมการ พชอ./ อสชอ. พร้อมจัดทำแผนดำเนินงาน ๕. มีมาตรการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการลดลงของ อัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูขอนามัย และมลพิษสิ่งแวดล้อม ๖. ติดตาม กำกับ และประเมินการดำเนินงาน ระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจาก สิ่งแวดล้อมและสุขภาพระดับตำบล ๗. รายงานผลการดำเนินงานส่ง สสจ.มค. เป็นรายไตรมาส
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบายและแนวทางปฏิบัติจากอำเภอ ๒. ดำเนินงานพัฒนารพ.สต. และประสานความร่วมมือ อปท.ในพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อการ ลดลงของอัตราป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสูขอนามัยและมลพิษสิ่งแวดล้อม

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางการดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI๓M/กรอบ Six Building Blocks
	๓. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน ราย ๓ เดือน ๔. รับการประเมินจากอำเภอ ๕. รายงานผลการดำเนินงานส่งอำเภอเป็นรายไตรมาส

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
(Primary Care Cluster)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service
Plan)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
ครบวงจรและระบบการส่งต่อ

แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ
โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร
การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

**นิตยำนต้วซ้่วดและ
มำตรกำร/น่วทงกำรดำเนนงำน**

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๘ การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. คำนิยาม

เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ ลดเวลา รอคอย ลดค่าใช้จ่าย สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยมีการเพิ่มคนสุขภาพดี โดยใช้หลักสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ลดคนป่วย เน้นการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการและ ขยายการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ด้วยกลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอมอบประจำตัว ๓ คน

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

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

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

หมอมอบประจำบ้าน เช่น อสม./อสม.หมอมอบประจำบ้าน ดูแลครอบครัว ๘-๑๕ หลังคาเรือน มีบทบาท ช่วยเหลือดูแลครอบครัว/ผู้ป่วย

หมอมอบสาธารณสุข คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จาก ศสม./รพ.สต. เช่น พยาบาล/นวก. , จพ.สส.ชุมชน/ทันตฯ/จพง.เภสัช/แพทย์แผนไทย /จนท.สธ. และ อื่นๆ ดูแลประชากร ๑,๒๕๐-๒,๕๐๐ คน มีบทบาท ดูแลสุขภาพประชาชน ครอบครัวและชุมชน/ ให้คำปรึกษาและเป็นพี่เลี้ยงหมอมอบที่ ๑

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

ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ

- (๑) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก ต่อเนื่อง และผสมผสาน
- (๒) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน
- (๓) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัว โดยการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่
- (๔) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว
- (๕) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย

- Staff
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา
 - พยาบาลวิชาชีพ ๒ คนเป็นอย่างน้อย
 - 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒)	ร้อยละ ๓๓	ร้อยละ ๔๔

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับจังหวัดปี ๒๕๖๕

จังหวัดมหาสารคาม มีแผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ๑๐ ปี (๒๕๖๒-๒๕๗๒) จำนวน ๘๖ ทีม ผลการดำเนินงานจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ สะสม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ จำนวน ๕๔ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๗๙

เกณฑ์เป้าหมาย จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑ ทีม

	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)
Small success	๑. แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี ๖๕ ๒. รูปแบบการติดตาม ประเมินผลการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ	จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒๗๐๐ ทีม (ร้อยละ ๓๙.๖)	จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒,๘๐๐ หน่วย (ร้อยละ ๔๑.๐๖)	จัดตั้งPCU/NPCU ๓๐๐๐ ทีม (ร้อยละ ๔๔) มีเพิ่มพื้นที่ ๑ อำเภอ

๔. วัตถุประสงค์

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย และปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ และสามารถเชื่อมโยงบริการจากครัวเรือนจนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อพ้นภาวะวิกฤต ตลอดจนการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยใช้กลไก ประชาชน ทุกรอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัวสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวปี ๒๕๖๕ ที่มีคุณภาพ (สะสม)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทีมคลินิกหมอครอบครัว เป้าหมาย ๑๐ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ Primary Care Cluster โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ ๕๘ : การจัดตั้งหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิตาม พระราชบัญญัติระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>Structure</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน และประเมินผล ระบบการแพทย์ปฐมภูมิระดับจังหวัด ๒. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๓. พัฒนาศักยภาพทีม ๓ หมอ ๔. ประสานงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๖. จัดตั้งศูนย์เรียนรู้และประสานงานคลินิกหมอครอบครัว ระดับจังหวัด ๗. สนับสนุนการจัดหาสถานที่การจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ๘. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๙. สร้างผลงานและถอดบทเรียนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน และประชาสัมพันธ์สู่สาธารณสุข ๑๐. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพแบบเยี่ยมเสริมพลังทั้งภายนอกและภายในจังหวัด <p>System</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. บูรณาการกับ พขอ. ๒. บูรณาการกับ Service plan ทุกสาขา ๓. การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และ รพ.สต. ติดดาว <p>Staff</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. วิเคราะห์ส่วนขาดของบุคลากร วางแผนร่วมกับ งาน HRM ๒. เพิ่มคุณภาพ บุคลากร <ul style="list-style-type: none"> - ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว - พัฒนาสหสาขาวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และ Service plan เพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๓. สร้างความเข้มแข็งขององค์กรแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวระดับจังหวัด</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>Structure</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ ๒. กำหนดทิศทาง ภาระบวการทำงาน การประเมินผล ๓. ทบทวนแผนการจัดตั้ง ๑๐ ปี และดำเนินการตามแผน ๔. สนับสนุนทรัพยากร และการจัดหาสถานที่การจัดกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เหมาะสม ๕. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ <p>System</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. บูรณาการกับ พชอ. ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในอำเภอ และตำบล ๒. บูรณาการกับ Service plan ทุกสาขา ๓. การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียน และ รพ.สต. ดีดดาว ๔. หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้วให้ดำเนินการภายใต้ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และจัดรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการส่งต่อ โดยใช้กลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนแล้ว และหน่วยที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนให้มีการดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมในการขึ้นขึ้นทะเบียนเป็น PCU /NPCU ๕. ทำทะเบียนคู่แพทย์กับประชาชนในทีม PCU /NPCU ที่ประกาศขึ้นทะเบียนแล้ว ๖. สื่อสารช่องทางการติดต่อหมอบริการประจำตัว ๓ คน และสร้างการรับรู้กับประชาชนให้ประชาชนรู้จักหมอบริการประจำครอบครัว ทั้ง ๓ หมอ ๗. วิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและกำหนดแนวทางการทำงาน ของทั้ง ๓ หมอ ๘. สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอบริการประจำตัว ๓ คน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>Staff</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. วิเคราะห์ส่วนขาดของบุคลากร วางแผนร่วมกับ งาน HRM ๒. การเพิ่มคุณภาพ บุคลากร <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอบรมแพทย์ทั่วไปด้านเวชศาสตร์ครอบครัว - การพัฒนาสหสาขาวิชาชีพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว และ Service plan เพื่อรองรับการทำงานในคลินิกหมอครอบครัว - พัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน/อสม. หมอที่ ๑
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.บูรณาการกับ พขอ. ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในระดับ ตำบล ๒.การเชื่อมโยงระบบการบริการกับ Service plan ๓.จัดรูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง และการส่งต่อ โดยใช้กลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอบริการตัว ๓ คน ๔.ทำทะเบียนคู่แพทย์กับประชาชนในทีมPCU /NPCU ที่ประกาศขึ้นทะเบียนแล้ว ๕. สื่อสารช่องทางการติดต่อหมอบริการตัว ๓ คน และสร้างการรับรู้กับประชาชนให้ประชาชนรู้จักหมอบริการครอบครัว ทั้ง ๓ หมอ ๖. วิเคราะห์สถานะสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและกำหนดแนวทางการทำงาน ในทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ของทั้ง ๓ หมอ ๗. พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็นหมอที่ ๑ ทุกคน ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลครอบครัว อสม.หมอบริการบ้าน/อสม. หมอที่ ๑ ๘. การพัฒนาระบบบริการตามเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว ๙. รายงานผลการดำเนินงาน และ สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอบริการตัว ๓ คน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕๙ ประชาชนคนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน

๖๐ 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 การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข 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 ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพพร้อมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละประชาชนคนไทยมีหมอปประจำตัว ๓ คน	๒๕ ล้านคน (ร้อยละ ๓๖)	๓๐ ล้านคน (ร้อยละ ๔๔)

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับจังหวัดปี ๒๕๖๕

	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔
Small success	แผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๕	คนไทย ๒๗ ล้านคน มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๔๐.๕)	คนไทย ๒๘ ล้านคน มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๔๒)	คนไทย ๓๐ ล้านคน มีหมอปประจำตัว ๓ คน (ร้อยละ ๔๕)

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. หมอปประจำบ้าน ดูแลเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง และสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

๒. เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรทั้งหมด (แหล่งข้อมูลประชากรกลางปี ทะเบียนราษฎร ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔) https://www.dopa.go.th
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๕ :</p>	<p>แนวทางดำเนินการ ระดับจังหวัด เพื่อลดความแออัดใน รพศ./ รพท. /รพช. ๑. ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาให้ คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง ให้มี คุณภาพตามเกณฑ์ ๒. กำหนดแนวทางพัฒนาและประเมินผล</p>
<p>โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัด ที่ ๕๙ : ร้อยละประชาชนคนไทยมี หมอครอบครัว ๓ คน ตัวชี้วัดที่ ๖๐ : จำนวนประชาชนที่มี รายชื่ออยู่ในหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการ ดูแลโดยแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวหรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมและ คณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ</p>	<p>แนวทางดำเนินการ ระดับอำเภอ / ระดับตำบล ๑. พัฒนาให้ คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์เพื่อ เพิ่มการเข้าถึงบริการ ๒. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการบริหารจัดการระบบบริการ สุขภาพ ๓. พัฒนาระบบนัดหมายและคิว ๔. พัฒนาระบบ Telemedicine ๕. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel ๖. สนับสนุนทรัพยากร ๗. กำกับติดตามประเมินผล</p>
	<p>แนวทางดำเนินการระดับตำบล / ระดับ PCU/ NPCU ๑. จัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิและ ชุมชน ๒. เป็นด่านหน้าในจัดระบบบริการตามเกณฑ์ Primary care packet ทั้งเชิงรับและเชิงรุกตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ๓. การเชื่อมโยงระบบการบริการกับ Service plan ๔. พัฒนาระบบส่งต่อ และ Green channel กับรพ.แม่ข่าย ๕. พัฒนาระบบเฝ้าระวังภัยสุขภาพในชุมชน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ Primary Care Cluster

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละของอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัด ด้วยกลไก พชอ. และหมอครอบครัวที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย ๑.MCH/พัฒนาการและ IQ ๒.OV/CCA ๓.DM/HT/CKD ๔.CVD Risk)

๒. คำนิยาม

อำเภอที่ผ่านระดับความสำเร็จ ในการจัดการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไก DHS-PCA-FCT ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่น และ คลินิกหมอครอบครัว (PCC) อย่างมีคุณภาพ หมายถึง อำเภอที่ผ่านระดับความสำเร็จการใช้กระบวนการบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS- PCA) ด้วยทีมหมอครอบครัว (FCT) สามารถดูแลโรคและภัยสุขภาพแบบองค์รวม ๕ มิติ ที่เชื่อมโยง ส่งต่อ ระบบบริการปฐมภูมิ กับชุมชน ผ่านเกณฑ์ อย่างน้อย ๕ เรื่อง

๑. ตามนโยบาย ๔ เรื่อง ได้แก่

๑. DM/HT/CKD
๒. MCH/พัฒนาการเด็ก และ IQ
๓. OV/CCA
๔. CVD Risk

๒. ปัญหาพื้นที่ ๑ ประเด็น ตามแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.)

ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่มีการให้บริการเป็นแบบผสมผสานองค์รวม และต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว มีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้านและที่ชุมชน และเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ อย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team)

ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชน ครอบครัว หมู่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบUCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS –PCA ตามกรอบ UC-CARE

- ๑) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)
- ๒) การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ (Customer Focus)
- ๓) การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation)
- ๔) การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)
- ๕) การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร(Resource sharing and human development)

๖) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

๒. ความสำเร็จของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว (FCT) และคลินิกหมอครอบครัว (PCC) หมายถึง อำเภอสามารถพัฒนาทีมหมอครอบครัว (FCT) ทุกระดับ เพื่อยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคลินิก หมอครอบครัว มีผลลัพธ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผน DHS-PCA-FCT หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานตามแผน DHS-PCA-FCT อย่างน้อย ๕ เรื่อง (ตามนโยบายที่กำหนด) โดยใช้กลไก DHS-PCA-FCT เป็นเครื่องมือในการจัดการปัญหา ผ่านกระบวนการชื่นชม (AI) และการจัดการความรู้ (KM) ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน มีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัดด้วยกลไก DHS-PCA-FCT ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

สร้างความร่วมมือทุกภาคส่วนระดับอำเภอ ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บูรณาการกับ พชอ.

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัดด้วยกลไก DHS-PCA-FCT ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี-๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ Primary Care Cluster โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ ๖๑ : ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอ ที่มีระดับความสำเร็จใน การแก้ไขปัญหาโรคและภัย สุขภาพสำคัญของจังหวัด ด้วยกลไก DHS-PCA-FCT ที่เชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ตามนโยบาย ๕ เรื่อง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. DM/HT/CKD ๒. MCH/พัฒนาการเด็ก และ IQ ๓. OV/CCA ๔. CVD Risk ๕. ประเด็นตามแผนการ พัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) 	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตัวชี้วัด ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับ โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตัวชี้วัด ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่งเสริม พัฒนา และ สนับสนุน ทรัพยากร แล ระบบงานที่สำคัญ แก่ หน่วยบริการปฐมภูมิตามส่วนขาด ๒. รายงานผลการประเมินตนเองและผลการดำเนินงาน แก่จังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประเมินตนเองวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ ๒. นำเสนอแผนและแนว ทางในการแก้ไขปัญหา แก่ พชอ. เพื่อร่วมกัน แก้ไขปัญหา ๓. ร่วมกับ CUP พัฒนาระบบงานสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาที่สำคัญในพื้นที่ ๔. รายงานผลการประเมินตนเองและผลการดำเนินงาน แก่อำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence).

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๒ ร้อยละของตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้นประเด็น ๕ เรื่อง ประกอบด้วย ๑. MCH/พัฒนาการและ IQ ๒. OV/CCA ๓. DM/HT/CKD ๔. COVID-19 ๕. ยาเสพติด)

๒. คำนิยาม

ตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ หมายถึง หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกๆ ภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคตดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงในด้าน MCH/พัฒนาการและ IQ ๒.OV/CCA ๓.DM/HT/CKD ๔. COVID-๑๙ ๕. ยาเสพติด และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่

เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ตำบลที่พัฒนากระบวนการวิธีการมาตรการในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ตามประเด็นการสร้างสุขของตำบล ผ่านเกณฑ์ T-PAR อย่างน้อย ๒ ประเด็น ในการสร้างชุมชนT-PAR : แบ่งเป็น ๔ องค์ประกอบได้แก่ Team, Plan, Activity, and Result ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑: การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (ทีมงาน) (Team; T)

องค์ประกอบที่ ๒: การพัฒนากระบวนการจัดทำตามแผนสุขภาพตำบล (Plan; P)

องค์ประกอบที่ ๓: การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (Activity; A)

องค์ประกอบที่ ๔ : ผลลัพธ์นวัตกรรมของการดำเนินงาน (Results; R)

หลักในการพิจารณาตัดสินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการบันทึกรายละเอียดในฐานข้อมูลตำบลจัดการคุณภาพชีวิต www.thaiphc.net ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย

๑. ประเด็นเป้าหมายการสร้างสุขของตำบลที่คนในตำบลร่วมกันกำหนดเอง (โดยเน้น ๕ เรื่อง ประกอบด้วย ๑. MCH/พัฒนาการและ IQ ๒. OV/CCA ๓. DM/HT/CKD ๔. COVID-๑๙ ๕. ยาเสพติด)

๒. แกนนำขับเคลื่อน (Gate Keeper) ทีมทำงานและภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๓. แผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วม

๔. การดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๕. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในประเด็นเป้าหมายของตำบลที่คนในตำบลมีอิสระในการกำหนดเกณฑ์วัดและประเมินผลเอง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละตำบลเป้าหมายที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เว็บไซต์ www.thaiphc.net
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง
๓. โรงพยาบาลมหาสารคาม
๔. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
๕. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้น ปี ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด ในปี ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๓	C = ร้อยละตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$C = (A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ไหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔
นางวราภรณ์ สาวีสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๐-๔๐๔๙๒๘๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ ๖๒ : ร้อยละของตำบลที่จัดการ สุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้น ๕ ประเด็น ประกอบด้วย ๑. MCH/ พัฒนาการ และ IQ ๒. OV/CCA ๓. DM/HT/CKD ๔. ตำบลวิถีใหม่ปลอดภัย จากโควิด ๑๙ ๕. ยาเสพติด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับจังหวัด อำเภอ ๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ ๓. ประเมินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ทุกตำบล ๔. ประกวดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ระดับจังหวัด ๕. สรุบบทเรียนพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ระดับจังหวัด ๖. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๗. ประเมินผลตำบลจัดการคุณภาพชีวิตบันทึกในเว็บ thaiphc.net <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ๒. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๓. ประเมินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตามเกณฑ์ ทุกตำบล ๔. ประกวดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ระดับอำเภอ ๕. สรุบบทเรียนพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ อำเภอละอย่าง น้อย ๒ ตำบล ๖. ร่วมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๗. ประเมินผลตำบลจัดการคุณภาพชีวิตกำกับการบันทึกผลงานในเว็บ thaiphc.net
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล ๒. กำหนดประเด็นพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น ดำเนินการตามแผนพัฒนา ๓. ประเมินการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตระดับตำบล ตามเกณฑ์ ๔. ร่วมประกวดตำบลจัดการคุณภาพชีวิตดีเด่น ระดับอำเภอ ๕. สรุบบทเรียนพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๖. ร่วมเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ๗. ประเมินผลตำบลจัดการคุณภาพชีวิตบันทึกในเว็บ thaiphc.net

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๓ ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

๒. คำนิยาม

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานของ อสม. ภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด ๑๙ ที่ครอบคลุมถึงมิติการเยียวยาสุขภาพใจ เศรษฐกิจ สังคมและคุณภาพชีวิต ด้วยความปกติวิถีใหม่ (new normal) เช่น อสม. สำรวจสุขภาพใจ ให้คำแนะนำเพื่อสร้างบทบาทของประชาชน ทำตนเป็นตัวอย่าง และชุมชนมีบทบาทร่วมสร้างตำบลวิถีชีวิตใหม่ เป็นต้น นำไปสู่เป้าหมายตำบลวิถีใหม่ ปลอดภัยโควิด ๑๙ ชุมชนสุขภาพ สุขใจ สุขเงิน สุขสามัคคี

เกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่บันทึกผลการดำเนินงาน “ตำบลวิถีชีวิตใหม่ ปลอดภัยจากโควิด 19”

หลักในการพิจารณาตัดสินตำบลจัดการคุณภาพชีวิตผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดจากการบันทึก รายละเอียดในฐานข้อมูลตำบลจัดการคุณภาพชีวิต www.thaiphc.net ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย

๑. ประเด็นเป้าหมายการสร้างสุขของตำบลที่คนในตำบลร่วมกันกำหนดเอง
๒. แกนนำขับเคลื่อน (Gatekeeper) ทีมทำงาน และภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
๓. แผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตแบบมีส่วนร่วม
๔. การดำเนินกิจกรรมตามแผนการขับเคลื่อนงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต
๕. ผลลัพธ์ของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในประเด็นเป้าหมายของตำบล ที่คนในตำบลมีอิสระในการกำหนดเกณฑ์วัดและประเมินผลเอง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เว็บไซต์ www.thaiphc.net
๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง
๓. โรงพยาบาลมหาสารคาม
๔. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
๕. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลเป้าหมายทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	C = ร้อยละตำบลเป้าหมายตำบลคุณภาพชีวิตที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$C = (A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|----------------------------|--|
| นางสุมาลี ใหม่คามิ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔ |
| นางวรรณกรรณ์ สวัสดิ์สิทธิ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๐-๔๐๔๙๒๘๕ |

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๔ ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์

๒. คำนิยาม

อปท. หมายถึง “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์กรการบริหารส่วนตำบล ตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดมหาสารคาม มีทั้งหมดจำนวน ๑๔๒ แห่ง ประกอบด้วย เทศบาลเมืองมหาสารคาม ๑ แห่ง เทศบาลตำบลจำนวน ๑๘ แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบลจำนวน ๑๒๓ แห่ง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. อปท.สมทบงบประมาณ ร้อยละ ๘๐ ภายในไตรมาส ๑ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ ธ.ค.๖๔)	ร้อยละ ๘๖.๕๑ ใน Q๒	ร้อยละ ๘๐.๐๐ ใน Q๑
๒. ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนท้องถิ่น (กปท.) อนุมัติแผนการเงินและสนับสนุนการจัดทำโครงการทั้ง ๕ ประเภท ภายในไตรมาส ๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มี.ค.๖๕)	ร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ใน Q๔	ร้อยละ ๕๐.๐๐ ใน Q๒
๓. ร้อยละ ๘๐ ของ กองทุนท้องถิ่น (กปท.) มีงบประมาณคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓๐ ภายในไตรมาส ๒ (ณ วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๕)	ร้อยละ ๙๒.๒๕ ใน Q๓	ร้อยละ ๘๐.๐๐ ใน Q๒
๔. ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมด มีเงินคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๑๐ ภายในไตรมาส ๔ (ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)	N/A (ปรับKPI)	ร้อยละ ๕๐.๐๐
๕. มีกองทุนท้องถิ่น (กปท.) ต้นแบบ/นวัตกรรมการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก (อนามัยแม่และเด็ก), แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD=DM/HT), LTC	N/A (ปรับKPI)	อย่างน้อย อำเภอละ ๓ ต้นแบบ/นวัตกรรม

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อบูรณาการการดำเนินงาน สนับสนุนการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคที่สอดคล้องกับ ปัญหาความต้องการของประชาชนในพื้นที่และเชื่อมโยงกันขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับ หน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกลการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูล www.obt.nhso.to.th (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

๖. รายการข้อมูล

- ๖.๑ รายงานจำนวน อปท.สมทบงบประมาณกองทุนฯ
- ๖.๒ รายงานจำนวน กองทุนฯ อนุมัติแผนการเงินและสนับสนุนการจัดทำโครงการ
- ๖.๓ รายงานจำนวนการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุนฯ
- ๖.๔ รายงานจำนวนเงินคงเหลือของกองทุนฯ
- ๖.๕ รายงานการสนับสนุนงบประมาณตามประเภทโครงการ /กลุ่มเป้าหมาย
- ๖.๖ รายงานต้นแบบ/นวัตกรรมโครงการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่สอดคล้อง กับปัญหาความต้องการของประชาชน พื้นที่ หรือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน
- ๖.๗ สรุปผลการประเมินกองทุนฯ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| ๗.๑ นางไศภิตา จิตรวิกรานต์ | นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ |
| ๗.๒ นางรุ่งเรือง แสนโกษา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ ๖๔ : ร้อยละ อปท. จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุนการ ดำเนินงานปฐมภูมิ และชุมชน ตามเกณฑ์</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ ร่วมกับ สปสช. ๒. ประชุมกำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง /ผู้รับผิดชอบงาน ทุกระดับ ๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมวางแผนการติดตามกำกับ กปท. กับ สปสช. และ คณะทำงานกำกับติดตามประเมินผลฯ ระดับเขต/อำเภอ/ตำบล ทั้งระบบ online & onsite ๔. ดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องละเอียดทุกระดับ ๕. ติดตามการสมทบงบประมาณ การอนุมัติแผนการเงินและการสนับสนุนโครงการ ของ กองทุนฯ ผ่านการบันทึกในโปรแกรม ทางเว็บไซต์ obt.nhso.go.th ๖. ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนการติดตามกำกับ กปท.ร่วมกับ สปสช. และ คณะทำงานกำกับติดตามประเมินผลฯ ระดับเขต ทั้งระบบ online & onsite ๗. ถอดบทเรียน/จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการบริการสุขภาพและป้องกันโรค แบบบูรณาการระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (บูรณาการร่วมกับโครงการวิจัย รูปแบบการพัฒนาระบบการ ให้บริการสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ของ สำนักวิชาการ สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕) ๘. รายงานผล การติดตาม และกำกับดำเนินงาน ของ กปท.นำเสนอ กวป. ๑ ครั้ง/ไตรมาส
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยง ติดตาม กำกับ ประเมินผล ระดับอำเภอ โดยนายอำเภอ ๒. ดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับกลุ่มงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องละเอียดทุกระดับ ๓. กำกับ ติดตาม การสมทบงบประมาณและการบันทึกโปรแกรม ผ่านเว็บไซต์ obt.nhso.go.th ๑ ครั้ง/ไตรมาส ๔. พัฒนาขีดความสามารถการบริหารงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ ผ่านกลไกทีมพี่เลี้ยง กปท.ระดับอำเภอ ๕. สนับสนุนและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสมรรถภาพประชาชนในท้องถิ่น ให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิ ผ่านกลไกทีมพี่เลี้ยง กปท.ระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๖. กำกับ ติดตาม และเยี่ยมเสริมพลัง กปท. ในพื้นที่ รวมทั้ง รายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ทั้งระบบ online & onsite ตามสถานการณ์และความพร้อม ตาม Small success ๑ ครั้ง/ไตรมาส</p> <p>๗. ติดตาม กำกับและประเมินผลต้นแบบ/นวัตกรรมการจัดบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก (อนามัยแม่และเด็ก), แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD=DM/HT), LTC อย่างน้อย อำเภอละ ๓ ต้นแบบ/นวัตกรรม</p> <p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>รพ.สต. ประสานงาน สนับสนุน และติดตาม ให้ อปท.ดำเนินการ ดังนี้</p> <p>๑. อปท.โอนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายในไตรมาส ๑ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. กองทุนอนุมัติแผนการเงินและสนับสนุนการจัดทำโครงการทั้ง ๕ ประเภท ภายในไตรมาส ๒ ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓. กองทุนเบิกจ่ายงบประมาณตามโครงการทั้ง ๕ ประเภท และมีเงินคงเหลือไม่เกิน ร้อยละ ๓๐ ภายในไตรมาส ๓ ร้อยละ ๙๐</p> <p>๔. กองทุนได้รับการประเมินจากทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภไไตรมาส ๒-๓ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๕. เร่งรัดกองทุนเบิกจ่ายงบประมาณตามโครงการทั้ง ๕ ประเภท และมีเงินคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๑๐ ภายในไตรมาส ๔ ร้อยละ ๖๐</p> <p>๖. ร่วมจัดบริการสุขภาพและสนับสนุนกองทุนท้องถิ่น (กปท.) ต้นแบบ/นวัตกรรม จัดบริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล็ก (อนามัยแม่และเด็ก), แก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD=DM/HT), LTC อย่างน้อย ๑ ต้นแบบ/นวัตกรรม</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๕ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ

๖๕.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ (๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย)

๖๕.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

๖๕.๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ

๒. คำนิยาม

การให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ คือ รพ.สต./ศสม.

ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ ๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรม ดังนี้

๑. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ (ANC)

๑.๑ การตรวจสุขภาพช่องปาก

๑.๒ บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ 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 ปีอย่างน้อยร้อยละ ๕๐

๕) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๕.๑ การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยเบาหวาน

๖) กลุ่มวัยทำงาน

๖.๑ การให้บริการทันตกรรมในกลุ่มอายุ ๑๕-๕๔ ปี

๗) กลุ่มผู้สูงอายุ

๗.๑ การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ ๒ ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน บริการรักษาทันตกรรมเฉพาะทาง และบริการฟื้นฟูสภาพช่องปาก ทั้งในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ		
๑.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรมหลัก)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕
๑.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ๒๐๐ คนต่อพันประชากร ในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕
๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนได้รับบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

๖.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

๖.๑.๑ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรมหลัก)

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ(๗กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรมหลัก) เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑๘.๑๔ OHSP ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ -> คอลัมน์ 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 -> คอลัมน์ จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๖.๑.๒ 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 -> คอลัมน์ 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 -> คอลัมน์ จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๖.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับบริการที่มีรหัสเหตุการณ์ทางทันตกรรม เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา สุขภาพช่องปาก -> ๑ OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) เขตสุขภาพที่ ๗ จังหวัดมหาสารคาม -> คอลัมน์ A จำนวนประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับบริการที่มีรหัสเหตุการณ์ทางทันตกรรม(คน) เป็นภาพรวม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบทั้งหมด เป็นภาพรวม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๑ OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) เขตสุขภาพที่ ๗ จังหวัดมหาสารคาม -> คอลัมน์ B จำนวนประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด(คน) เป็นภาพรวม
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบ การแพทย์ปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ ๖๕ : ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปาก ที่มีคุณภาพและอัตราการ ใช้บริการสุขภาพช่องปาก ของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบอำเภอ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำกลยุทธ์และประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ๒. สนับสนุน/พัฒนาบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ๓. สนับสนุนให้รพ. และรพ.สต. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ๔. นิเทศงาน ๕. รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำกลยุทธ์และประเมินผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข ๒. สนับสนุน/พัฒนาบุคลากรด้านทันตสาธารณสุข ๓. พัฒนาศูนย์ทันตกรรมใน รพ. ผ่านมาตรฐาน "dental safety goal" และให้การบริการยุค new normal ที่มุ่งความปลอดภัยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ๔. นิเทศ/สนับสนุนให้รพ.สต. /ศสม. ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ๕. สนับสนุนให้รพ.สต. มีวัสดุ+ครุภัณฑ์ทันตกรรม+ผู้ช่วย ๖. รวบรวม วิเคราะห์สรุปข้อมูลด้านทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ ๗. สนับสนุนให้มี อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข ๘. จัดทำข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขปัญหา เสนอเข้า คณะกรรมการ พขอ.
<p>(๑๕ กิจกรรมหลัก ๗ กลุ่มเป้าหมาย) ๖๕.๒ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม.ให้บริการ สุขภาพช่องปาก ๒๐๐คน ต่อพันประชากรในพื้นที่ รับผิดชอบ ๖๕.๓ อัตราการใช้ บริการสุขภาพช่องปาก ของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบอำเภอ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p><u>รพ.สต.ทั่วไป</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การให้ความรู้ +คำแนะนำด้านสุขภาพช่องปาก +ส่งต่อ ๒. สนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ๓. สนับสนุน อสม. ชมรม ชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก <p><u>รพ.สต.ที่มีทันตภิบาล (ประจำ+หมุนเวียน)</u> ให้บริการส่งเสริมป้องกันรักษา (ได้ตามเกณฑ์ ๑๕ กิจกรรมใน ๗ กลุ่มอายุ) มากกว่า ๒๐๐ คนต่อ ๑,๐๐๐ประชากร สนับสนุนให้เกิดตำบลฟันดี สุขภาพดี</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p><u>ภารกิจ/แนวทางการดำเนินงานระดับชุมชน/อสม. (ภาคีอื่นๆ)</u> อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพช่องปาก ช่วยแนะนำ</p> <p>๑. การกินอาหาร - ไม่กินหวานเหนียว ไม่อมนมนอนหลับ ไม่กินจุบจิบ ไม่กินทอฟฟี่ลูกอม ขนมกรุบกรอบแนะนำให้กินอาหารว่างประเภทถั่ว โปรตีน</p> <p>๒. การแปรงฟัน - หลังอาหารเข้าเที่ยงเย็นหรือก่อนนอน/อย่างน้อย๒นาที/หลังแปรงฟัน ไม่กินอะไร ๒ ชั่วโมง - ผู้ใหญ่แปรงฟันให้เด็กตั้งแต่ฟันขึ้นจนอายุ ๗ปี</p> <p>๓. ใช้ยาสีฟันที่ผสมฟลูออไรด์</p> <p>๔. ช่วยตรวจฟัน หรือแนะนำให้ไปพบหมอฟันทุก ๖ เดือน</p> <p>๕. กระตุ้นให้ ปชช.ดูแลตัวเอง และบุตรหลาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๒. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖.รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (อสม.หมอประจำบ้าน ๑ คนดูแลผู้ป่วย ๓ คน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔

นางมาฆนุช ภูมิสายตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๖๔ ๕๙๗๕๒๕๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ และอสม. ตัวชี้วัดที่ ๖๖ : ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ ดูแลจากอสม. หมอประจำ บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน โดย อสม. หมอประจำบ้าน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๕</p> <p>๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอในการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย และชี้แจงแนวทางการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการดูแลจากอสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม. หมอประจำบ้าน ระดับอำเภอ ตำบล</p> <p>๔. รวบรวม ประเมินผลตามไตรมาส</p> <p>๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net</p> <p>๖. รวบรวมผลงาน Best Practice ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยกลไกการทำงาน ร่วมกับทีม ๓ หมอ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกอำเภอเพื่อขยายบทเรียน ดีๆ สู่อำเภอ</p> <p>๗. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเชิดชูผลงาน Best Practice อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย โดยบูรณาการกลไกการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในเวทีสรุปผลงาน ขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนร่วมกับ คณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชน ทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว ๓ คน ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๕</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน โดย อสม. หมอประจำบ้าน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ระดับ อำเภอ ปี ๒๕๖๕</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอในการพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและชี้แจงแนวทางการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน</p> <p>๓. กำกับ/ติดตาม การประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน ระดับตำบล</p> <p>๔. รวบรวม ประเมินผลตามไตรมาส</p> <p>๕. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net</p> <p>๖. รวบรวมผลงาน Best Practice อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกตำบลเพื่อขยายบทเรียนและรายงานผลงาน</p> <p>๗. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice อสม. หมอประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกตำบล</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <p>๑. มอบผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ให้ อสม. หมอประจำบ้าน ระดับหมู่บ้าน ๑ คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย ๓ ราย ให้รับผิดชอบพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น</p> <p>๒. อสม. หมอประจำบ้าน เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย</p> <p>๓. อสม. หมอประจำบ้าน ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบ</p> <p>๔. อสม. หมอประจำบ้าน รายงานผลการปฏิบัติให้ ผอ.รพ.สต.</p> <p>๕. ให้ ผอ.รพ.สต. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net</p> <p>๖. รวบรวมผลงาน Best Practice อสม. หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทุกหมู่บ้านเพื่อขยายบทเรียนและรายงานผลงาน</p> <p>๗. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อสม. หมอประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทุกหมู่บ้านและกลุ่มเป้าหมาย/ถอดบทเรียนความสำเร็จและโอกาสพัฒนาต่อ</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๖. : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๗ 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔ (คน)	๒๕๖๕ (คน)
จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๑,๙๔๗	๑,๙๔๗
	- หมู่บ้านละ ๑ คน - ชุมชน (เขตเทศบาลเมือง) ละ ๑ คน	- หมู่บ้านละ ๑ คน - ชุมชน (เขตเทศบาลเมือง) ละ ๑ คน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. แหล่งข้อมูล

๑. กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๓ แห่ง

๓. โรงพยาบาลมหาสารคามและโรงพยาบาลชุมชน ๑๓ แห่ง

๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๗๕ แห่ง

๕. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านสองนางใย/ศูนย์แพทย์ชุมชนสามัคคี

๖. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองมหาสารคาม ๑ แห่ง

๖.รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ไหม่คามิ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔

นางมาฆนุช ภูมิสายตร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๖๔ ๕๙๗๕๒๕๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ และอสม. ตัวชี้วัดที่ ๖๗ : จำนวน อสม. ที่ได้รับการ พัฒนาเป็น อสม. หมอ ประจำบ้าน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ บูรณาการแผนเพื่อขับเคลื่อน สู่การปฏิบัติ ๒. จัดประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมทีมวิทยากรพื้นที่ระดับอำเภอในรายละเอียดหลักสูตรการจัดการพัฒนา อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ๓. วางแผนและกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ๔. การนิเทศ ติดตาม การดำเนินงานในระดับอำเภอ ๕. ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ๖. รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คัดเลือก อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ ๑ คน (อสม.เลือกกันเอง) ๒. อสม.หมอประจำบ้าน หมู่บ้านละ ๑ คน คัดเลือกกระดับตำบล ๑ คน ๓. ร่วมกับอำเภออบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ๔. มอบภารกิจ อสม.หมอประจำบ้าน ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระดับหมู่บ้าน ๕. ประเมินผล/รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๘ ร้อยละประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน : ชุมชนที่ได้รับการส่งเสริมให้มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

ศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในระดับพอใช้ขึ้นไป (มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐)

๑) กลุ่มวัยเด็ก มุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติและพฤติกรรม การดูแลและป้องกันตนเองจากโรคอุบัติใหม่

๒) กลุ่มวัยทำงาน มุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓๐๒๘ ได้แก่ การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา และพฤติกรรม การดูแลและป้องกันตนเองจากโรคอุบัติใหม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนในพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงานปี ๒๕๖๕ :

วัยทำงาน : ประชาชนในพื้นที่ชุมชนที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วัยเด็ก : นักเรียนในโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางสุขบัญญัติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

สุ่มประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่การดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนที่มีการดำเนินงานตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มประเมินมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องในระดับพอใช้ขึ้นไป (มีค่าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ไหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔

นางมาณฑุช ภูมิสายตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๖๔ ๕๙๗๕๒๕๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม. ตัวชี้วัดที่ ๖๘ : ร้อยละประชาชนมี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๕ ๒. บูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ๓. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ ๔. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง ทีมประเมินระดับอำเภอ ๕. สื่อสารและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ๖. ค้นหา เสริมพลังพื้นที่ที่มีผลงานเด่น ๗. ส่งเสริมการขยายผลงานเด่น ดี ๘. ประเมินรับรองผลงานระดับจังหวัด
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. บูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับตำบล ๓. พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยง ระดับตำบล ๔. ค้นหา เสริมพลังพื้นที่ที่มีผลงานเด่นที่ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์สู่การพัฒนาต่อเนื่อง ๕. ส่งเสริมการขยายผลงานเด่น ดี ที่ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพ <p>สู่พื้นที่ อื่นในทุกตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๖. กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน และรายงาน ๗. ประเมินรับรองผลงานระดับอำเภอ
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่งเสริมพื้นที่ที่มีผลงานเด่น ขยายผลงาน เพิ่มจำนวน หมู่บ้าน โรงเรียน เข้าสู่กระบวนการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด ๒. ส่งเสริมสนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่ายพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๓. ประเมินผลงานตามโปรแกรมที่กำหนด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๖ :โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม.

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖๙ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว

๒. คำนิยาม

อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสม. หมายถึงสมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อทำหน้าที่ดูแลสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายในครอบครัวกรณีครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง อาจคัดเลือกเพื่อนบ้านที่สมัครใจให้เป็นอสม. ได้

ช่องทางในการลงทะเบียน อสม. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสม. คือ

๑) ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว <http://fv.phc.hss.moph.go.th>

๒) ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว ประเมินจาก

๑. มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ถูกต้อง
๒. มีความรู้ ความเข้าใจ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ที่ถูกต้อง
๓. เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง
๔. สามารถถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
๕. มีการประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อบูรณาการต่อยอดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน
๒. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคภัยได้ด้วยครอบครัว
๓. เพื่อส่งเสริมให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเองได้ทั้งสภาวะปกติ และมีโรคภัยสุขภาพ เช่น การระบาดโรคโควิด ๑๙

๔. เพื่อพัฒนาให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย ๑ คน ประสานและเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูล กับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน

๕. แหล่งข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------|
| นางสุมาลี ใหม่คามิ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | โทร. ๐๘๖ ๘๖๔๔๑๖๔ |
| นางมาชนุช ภูมิสายตร | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | โทร ๐๖๔ ๕๙๗๕๒๕๙ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาเครือข่าย กำลังคนด้านสุขภาพ และอสม. ตัวชี้วัดที่ ๖๙ : อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อสม.) มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพและเป็น แกนนำในการดูแลสุขภาพ ครอบครัว</p>	<p><u>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</u></p> <p>๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพภาคประชาชน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๕</p> <p>๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>๓. กำหนดครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากฐานข้อมูล HDC แจ้งอำเภอ</p> <p>๔. กำหนดครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากฐานข้อมูล HDC แจ้งอำเภอ</p> <p>๕. กำกับ ติดตาม ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัวของ อสม.</p> <p>๖. รายงานผลการประเมิน ใน www.thaiphc.net</p> <p>๗. รวบรวมผลงาน Best Practice อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุก อำเภอเพื่อขยายบทเรียนดีๆ สู่อำเภอ</p> <p>๘. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของประชาชนจังหวัด มหาสารคามและเขตสุขภาพ Best Practice อสม.ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย ในเวทีสรุปผลงานขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพภาค ประชาชนร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน ระดับจังหวัด ปี ๒๕๖๕</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</u></p> <p>๑. บูรณาการขับเคลื่อนเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพภาคประชาชน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยกลไกประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน ระดับอำเภอ ปี ๒๕๖๕</p> <p>๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับตำบลในการพัฒนาศักยภาพ อสม.ใน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอ ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ๓. กำหนดครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจาก ฐานข้อมูล HDC แจ้ง รพ.สต.</p> <p>๓. กำกับ ติดตาม ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการ ดูแลสุขภาพครอบครัวของ อสม.</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๔. รายงานผลการประเมิน ใน www.thaiphc.net</p> <p>๕. รวบรวมผลงาน Best Practice อสค.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกตำบล เพื่อขยายบทเรียนและรายงานผลงาน</p> <p>๖. จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice อสค.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีม ๓ หมอในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ของทุกตำบล</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. พัฒนา อสค.ประจำครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒. สร้างเครือข่าย อสม.ประสานการทำงานร่วมกับ อสค. ในความรับผิดชอบอย่างน้อย ๑ : ๓ ครอบครัว</p> <p>๓. ทีมหมอครอบครัว ร่วมกันประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัวของ อสค.</p> <p>๔. สรุปรายการประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัวของ อสค.</p> <p>๕. รายงานผลการประเมิน ใน www.thaiphc.net</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๐ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๒. คำนิยาม

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} 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) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕

N๑๘.๔ – N๑๘.๕

๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิด

ต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑

ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = ๑๐-๑๕

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥๔๐	≥๔๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	≥๖๐	≥๖๐

๔. วัตถุประสงค์

- ๔.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
 ๔.๒ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

๕. แหล่งข้อมูล

ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แพ้ม

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 = $(A/B) \times 100$ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี = $(C/D) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะขารี

โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>ตัวชี้วัดที่ ๗๑ : ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กำหนดทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และ ค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและ จัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ ๒. ปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแลกลุ่ม ผู้ป่วย อย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุม และจัดการ โรคเรื้อรัง ๓. สนับสนุนการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ป่วยโดย ได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ ๔. สนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนา ให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ๕. จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ/หรือแผน ระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดบริการคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒. ดำเนินงานตำบลต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๑ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

๗๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส ๓, ๔

๒. คำนิยาม

๗๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

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

๗๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส ๓, ๔

ผู้ที่มีผลความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ลดลง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีระดับความเสี่ยง CVD Risk ลดลง $< 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๓, ๔

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥๘๗.๕	≥๙๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔	≥๔๐	≥๔๐

๔. วัตถุประสงค์

- ๔.๑ เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ๔.๒ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

- ๑. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC
- ๒. กระทรวงสาธารณสุขรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (≥๒๐%) หลังเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน ๑ เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

๖. รายการข้อมูล

<p>รายการข้อมูล : ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔</p>	
<p>รายการข้อมูล ๑</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕ - ๖๐ ปี</p> <p>ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p>B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
รายการข้อมูล ๓	<p>C: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน(E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส ๓, ๔</p>
รายการข้อมูล ๔	<p>D: จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๑, ๒</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) = $(A/B) \times 100$ ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส ๓, ๔ = $(C/D) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวศิริพร สุจจะขารี

โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M/กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบการแพทย์ ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง ตัวชี้วัดที่ ๗๑ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด (CVD Risk) ๗๑.๑ ร้อยละของ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตร มาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ใน ไตรมาส ๓, ๔</p>	<p><u>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานป้องกันโรค CVD สำหรับบุคลากรระดับ รพ.สต. ๒. สนับสนุนการดำเนินงานประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี ๓. ติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ <p><u>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี ๒. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD Risk ในแต่ละระดับความเสี่ยง โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ระดับความเสี่ยง $\geq 30\%$) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นและรีบด่วน ๓. การจัดการให้กลุ่มเสี่ยงมี Health Literacy ที่สามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้เหมาะสมตามวิถีชีวิตและมีการติดตามผล <p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประเมิน CVD Risk ในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ผ่านโปรแกรม Thai CV Risk Score หรือใช้ตารางสี ๒. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่ม CVD Risk ในแต่ละระดับความเสี่ยง โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงมาก (ระดับความเสี่ยง $\geq 30\%$) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นและรีบด่วน ๓. บันทึกข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระบบ ๔๓ แฟ้ม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการชื่อ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ

๑. ตัวชี้วัด ที่ ๗๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๗๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง

ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๒. คำนิยาม

๒.๑ คำนิยามตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : 1๖๐-1๖๙)

๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)

๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)

๒.๒ คำนิยามตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๗๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	< ร้อยละ ๗	< ร้อยละ ๗	< ร้อยละ ๗
๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)

วัตถุประสงค์ ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๔.๒ ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

วัตถุประสงค์ ลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)

แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๕.๒ ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากการรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)	ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	

ระยะเวลาประเมินผล ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก ๖ เดือน

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๔ :

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ตัวชี้วัดย่อย ๓๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)	-	< ร้อยละ ๗	-	< ร้อยละ ๗

ปี ๒๕๖๕:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ตัวชี้วัดย่อย ๓๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)	-	< ร้อยละ ๗	-	< ร้อยละ ๗
๒. ตัวชี้วัดย่อย ๓๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๓๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕

ปี ๒๕๖๖:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ตัวชี้วัดย่อย ๓๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)	-	< ร้อยละ ๗	-	< ร้อยละ ๗
๒. ตัวชี้วัดย่อย ๓๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๓๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

ปี ๒๕๖๗:

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ตัวชี้วัดย่อย ๗๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. สื่อสารนโยบายด้านโรคหลอดเลือดสมอง จัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายและระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองระดับเขตสุขภาพ ๒. มีการนำ Care map for Hemorrhagic stroke มาใช้ใน Stroke unit	๑. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาภายใน ๖๐ นาที $\geq ๖๕\%$ ๒. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน stroke unit $\geq ๗๐\%$ 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 เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ในโรงพยาบาลระดับ M ที่มีความพร้อม ๔. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างรพ. 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 $\geq ๗๐\%$ ๕. ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit $\geq ๗๕\%$ ๖. มีการรับรองคุณภาพศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยเขตละ ๑ แห่ง ๗. อบรม Stroke Manager course

วิธีการประเมินผล :

ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|--|
| ๑. นางศิริมา วิริยะ
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
Email : wiriyal2509@hotmail.com |
| ๒. นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ | นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com |
| ๓. นางเบญจพร เองวานิช
มือถือ ๐๙๑-๔๑๙-๙๗๔๙ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
 และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
 กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการชื่อ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาโรค ไม่ติดต่อ ตัวชี้วัดที่ ๗๒ : อัตราตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองและได้รับการ รักษาใน Stroke Unit</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง มี Stroke unit และให้บริการ Stroke fast track อย่างมีคุณภาพ ๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ ๔. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๕. ร่วมกับ อปท. ,หน่วยงานต่างๆประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. ,หน่วยงานต่างๆประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการ Prevention and Pre-hospital <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ Stroke awareness, Alert และ Pre-hospital care(EMS) เรียก ๑๖๖๘ ๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง ๒. ระบบการส่งต่อ Refer out ๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk ๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๓. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๘

ตัวชี้วัดที่ ๗๔. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage) \geq ร้อยละ ๘๕ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค

ตัวชี้วัดจังหวัด :

๑.๑ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) \geq ๘๘ %

๑.๒ : อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ ๕

๑.๓ : ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) \geq ๘๕ %

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 ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายร่วมกับรักษาครบ

๒.๑.๒ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา 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+) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

๒.๑.๖ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมี ลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๒.๑.๗ กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ Dead rate หมายถึง อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคในปอดและนอกปอด

๒.๓ TB Treatment coverage หมายถึง ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

๒.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม ต้องเอ็กซเรย์ทรวงอก ร้อยละ ๑๐๐

๒.๔.๑ ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (House Hold Contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับและติดเชื้อสูงกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่นอกบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นประจำ และนับระยะเวลา ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง ๓ เดือนที่ผ่านมา

๒.๔.๒ บุคลากรสาธารณสุข (Health 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 \geq ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA_{1c} \geq ๗ FBS \geq ๑๔๐) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี และมีโรคเบาหวาน และมีน้ำตาลในกระแสเลือด \geq ๑๔๐ และหรือ HbA_{1c} \geq ๗

๒.๔.๕ ประชากรข้ามชาติ (Migrant) หมายถึง ประชากรข้ามชาติที่อาศัยในราชอาณาจักรไทยในพื้นที่อำเภอนั้น

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

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

๔. วัตถุประสงค์ :

๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๘
๒. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕
๓. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕
๔. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มที่ต้องเอ็กซเรย์ทรวงอก
๕. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

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

๖.รายการข้อมูล

๖.๑ เกณฑ์การประเมินผล (Quick win)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. Situation analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและ ความรุนแรง ของปัญหา กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่ เป้าหมายช่องว่างและ ปัญหาอุปสรรค</p>	<p>Monitoring : กำกับและติดตามการ ดำเนินงานมาตรการตาม แผนงาน</p>	<p>Monitoring : กำกับและติดตาม การดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงาน</p>	<p>Evaluation : ๑.อัตราการสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ ร้อยละ ๘๘</p>
<p>๒. Planning :จัดทำ แผนงานเพื่อลดการ เสียชีวิต การขาดยา และพัฒนา ระบบการส่งต่อและ ติดตามผลการรักษา ๓.ทุกอำเภอส่งเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหา วัณโรคโดยการ เอกซเรย์ ทรวงอก และมีแผนในการ ดำเนินการ มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต ๔.เร่งรัดตรวจคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่ม ประชากร หลักและผู้มีอาการสงสัย วัณโรค ด้วยการเอ็กซเรย์ ปอดและวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Molecular test) พร้อม ขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ๕. เข้มงวดดูแลกลุ่มเสี่ยง ในระยะเข้มข้น เช่น สูงอายุ โรคร่วม ขาด</p>	<p>Monitoring : กำกับและติดตามการ ดำเนินงานมาตรการตาม แผนงาน</p> <p>ตัวชี้วัดระดับประเทศ ๑.อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ ๒.อัตราการขาดยาและ ไอนอกของผู้ป่วย วัณโรค เท่ากับ ๐ ๓.ร้อยละ ๕๐ ทุกอำเภอ เอกซเรย์ทรวงอก ในกลุ่มเป้าหมายที่ ดำเนินการค้นหาวัณโรค ปอดรายใหม่ ๔.ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย</p>	<p>Monitoring : กำกับและติดตาม การดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงาน</p> <p>ตัวชี้วัด ระดับประเทศ ๑.อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ ๒.อัตราการขาดยา และไอนอกของ ผู้ป่วยวัณโรคเท่ากับ ๐ ๓.ร้อยละ ๘๐ ทุก อำเภอ เอกซเรย์ ทรวงอก กลุ่ม เป้าหมายที่</p>	<p>Evaluation : ๒.อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕</p> <p>ตัวชี้วัดระดับจังหวัด ๓.ร้อยละความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และ กลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ ๘๕ ๔.ร้อยละการค้นหาผู้ป่วย วัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner,พื้นที่ กำหนดตามปัญหาบริบทแต่</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>สารอาหาร โดยการเยี่ยมบ้าน รับไว้เป็นผู้ป่วยใน สนับสนุนอาหารเสริม</p> <p>๖. เฝ้าระวัง ดูแลรักษา ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา โรคร่วม สูงอายุ โดยเฉพาะ ระยะเข้มข้น</p> <p>มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา ๗. ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT)</p>	<p>กลุ่มสีแดง ได้รับการดูแล case management team</p> <p>กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT)</p> <p>Monitoring : อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐</p>	<p>ดำเนินการค้นหา วัณโรคปอดรายใหม่ ๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของ ผู้ป่วย กลุ่มสีแดง ได้รับการดูแล</p> <p>Case management team กำกับติดตาม การรักษาดูแลรักษา โดยผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT)</p> <p>Monitoring : อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐</p>	<p>ละอ้าเภอ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๕. ร้อยละของการดำเนินงาน คุณภาพโรงพยาบาลด้านการ ดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน</p> <p>Evaluation : อัตราการขาดยา เท่ากับ ๐</p>
<p>๘. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและ อสม . ใช้กลไก พพพ. และกลไก ในระดับพื้นที่ในการดูแล และติดตามการรักษา ผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องใน พื้นที่การช่วยเหลือ ทางด้านสังคมและ เศรษฐกิจ</p>	<p>Monitoring : กำกับและติดตามการ ดำเนินงานมาตรการตาม แผนงาน</p> <p>๑. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ</p> <p>๒. อัตราการขาดยาและ โอนออกของผู้ป่วย วัณโรค เท่ากับ ๐</p>	<p>Monitoring : กำกับและติดตาม การดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงาน</p> <p>๑. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕ และ</p> <p>๒. อัตราการขาดยา และโอนออกของ ผู้ป่วยวัณโรค เท่ากับ ๐</p>	<p>Evaluation : ตัวชี้วัดระดับจังหวัด</p> <p>๑. อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ≥ ร้อยละ ๘๘</p> <p>๒. อัตราการเสียชีวิต < ร้อยละ ๕</p> <p>๓. ร้อยละความครอบคลุมการ รักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ๘๕ %</p>

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
			<p>๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p>

๖.๒ วิธีการประเมินผล :

๑. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประเมินจากที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๕ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๔) โปรแกรม

NTIP:tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ประเมินจากที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑-๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) โปรแกรม NTIP: tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

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

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

๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

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

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

๗.ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี

โทร ๐๘๖-๒๓๔๖๓๓๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ

โทร ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

อีเมล : saipinthong@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๕ การดำเนินงานตามมาตรการ โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

๗๕.๑ จำนวนผู้ป่วยของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกจังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน ๕ คน/ประชากร ๑ ล้านคน/วัน

๗๕.๒ อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕

๗๕.๓ สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)

๒.คำนิยาม :

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

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

สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) หมายถึง สถานที่กักกันตัวในกิจการเพื่อสุขภาพ (Wellness Quarantine) ที่เป็นไปตามมาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๓.เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยนับ	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑.จำนวนผู้ป่วยของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน ๕ คน/ ประชากร ๑ ล้านคน/วัน	คน	๑	๑๐,๗๗๙
๒. อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕	ร้อยละ	๑๐๐	๐.๓๖ (เสียชีวิต ๓๙ ราย)
๓. สถานที่กักกันตัวตามที่รัฐกำหนด (AHQ/WQ) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การรับชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น(เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕)	ร้อยละ	๐	๐

ข้อมูล ณ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๔

๔.วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน ๕ คน/ประชากร ๑ ล้านคน/วัน
๒. เพื่อลดอัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของจังหวัดต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕

๕.Quick Win

๓ เดือน	๖ เดือน	๑๒ เดือน
๑. Staff-Staff-System & ICS พร้อม	๑. มีการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และ สอบสวน กรณีพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ๒. ทบทวนมาตรการการดูแลรักษา ส่งต่อ	๑. จำนวนผู้ป่วยของโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดมีผู้ป่วยรายใหม่ไม่เกิน ๕ คน/ประชากร ๑ ล้านคน/วัน
๒. จังหวัดมีและซ้อมแผน SOP และประชุม EOC รายงานการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	๓. มี Real-time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ ๔. การบริหารจัดการเตียงรองรับผู้ป่วยตามประเภทสี และระดับความรุนแรง ๕. มีระบบรับคำปรึกษา ดูแล โดยทีม Case Management ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด	๒. อัตราป่วยตายไม่เกินค่าเป้าหมายต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕ ๓. กลุ่มเสี่ยง ๖๐๘ และ ๗ กลุ่มโรคเข้าถึงวัคซีน ร้อยละ ๘๐
๓. ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข และจัดประชุมวิชาการ Dead case Conference	๕. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม CPG และมีระบบรับคำปรึกษา ส่งต่อ อย่างมีประสิทธิภาพ	
๔. Lab ทุกจังหวัด ได้ผลตรวจใน ๑ วัน	๕. ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว	

๖. แหล่งข้อมูล : งานระบาดวิทยา

๗. รายการข้อมูล : รายวัน

๘.ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘ ๖๒๓๔ ๖๓๓๕

โทร. ๐๘ ๖๒๓๔ ๖๓๓๕

อีเมลล์ krit.posr@hotmail.com

**แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ**

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบ บริการโรคติดต่อ โรคอุบัติ ใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ตัวชี้วัด ๗๕ :</p> <p>๑. จำนวนผู้ป่วยของ โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกจังหวัดมีผู้ป่วย รายใหม่ไม่เกิน ๕ คน/ ประชากร ๑ ล้านคน/วัน</p> <p>๒. อัตราป่วยตายของ ผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโค โรนา 2019 ของประเทศ ต่ำกว่าร้อยละ ๑.๕๕</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. วิเคราะห์ Staff-Staff-System & ICS พร้อม ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ๒. จังหวัดมหาสารคามมีและซ่อมแผน SOP และประชุม EOC รายงานการเสียชีวิต ของผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์สาเหตุ และแนวทางการป้องกัน การเสียชีวิตผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ๓. เพิ่มประสิทธิภาพทีม CDCU และยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม.เคลื่อนที่เร็วในการ เฝ้าระวังและควบคุมโรคในปี ๒๕๖๕ ๔. รพ.มหาสารคาม มีห้อง AIIR+Modified AIIR ผ่านมาตรฐาน ๕. Lab จังหวัดมหาสารคาม มี สถานที่ตรวจ ๒ แห่ง (รพ.ม.ค. และรพ.สุทธาเวช คณะแพทย์ มมส.)ได้ผลตรวจใน ๑ วัน ๖. จังหวัดมหาสารคาม มี LQ รองรับผู้เดินทางมาจากต่างประเทศอย่างเพียงพอ ๗. ข้อมูลทางระบาดวิทยา รายงานสถานการณ์เป็นรายวัน และคืนข้อมูลให้ ผู้บริหารรับทราบรายวันทาง Line Group ๘. ประสานภาคีเครือข่ายระดับทีม SRRT รายงานอำเภอในการสอบสวน การป้องกัน ควบคุมโรคในทุกพื้นที่ ๙. นำเสนอสรุปข้อมูลทางระบาดวิทยา เสนอผู้บริหารรับทราบทางเวทีการประชุม กวป.ทุกเดือน</p> <p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. อำเภอมีการวิเคราะห์ Staff-Staff-System & ICS พร้อม ๒. มีทีม CDCU อย่างน้อยอำเภอละ ๓ ทีม ในการออกสอบสวนโรค และปฏิบัติการ เฝ้าระวังโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เชิงรุก ๓. อำเภอมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุม โรค เช่น ARI Clinic Co-ward Isolate Room ชุด PPE Mask ฯ ๔. อำเภอปฏิบัติแนวทางตามนิยามผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคฯ</p> <p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. ร่วมกับอำเภอปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เชิงรุก ในประชากรกลุ่มเสี่ยงและสถานที่เสี่ยง (Sentinel Surveillance)</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๒.ดำเนินการเฝ้าระวัง ตรวจสอบคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ให้ เป็นไปตามมาตรการ แนวทางของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓.ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชน ปรับพฤติกรรมใช้ชีวิตปกติในรูปแบบใหม่ (New Normal) เพื่อลดโอกาสการรับและแพร่กระจายเชื้อโรค โดย มีการ สวมหน้ากาก อนามัย ล้างมือบ่อยๆ เว้นระยะห่างทางสังคม มีผลการประเมินพฤติกรรมใช้ชีวิต ปกติในรูปแบบใหม่</p>

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการ โรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ตัวชี้วัดที่ ๗๓ : อัตราความสำเร็จการ รักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๘ ตัวชี้วัดที่ ๗๔ : ร้อยละความครอบคลุม การรักษาผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment coverage)≥ ร้อยละ ๘๕ ของค่าคาด ประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณ โรค ตัวชี้วัดจังหวัด : การควบคุมป้องกันวัณโรค (TB) ๑. Success rate ≥ ๘๘ % ๒. Dead rate < ร้อยละ ๕ ๓. TB Treatment Coverage ≥ ๘๕ % ๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วย</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด ยุทธศาสตร์ /มาตรการสำคัญ มาตรการที่ ๑ ลดการเสียชีวิต กิจกรรมหลัก ๑. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียน รักษาทุกราย ๒. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB ๓. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคใน สถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ๔. เฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ๕. พัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ ทางด้านวัณโรค มาตรการที่ ๒ ลดการขาดยา ๑. ดูแลรักษาโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered Care) ดูแล ผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOT)/ผู้จัดการประจำตัว (TB case manager) ขยายการมี ส่วนร่วมของชุมชน ๒. สร้างกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้กลไก พชพ.และกลไกในระดับพื้นที่ ในการดูแล และติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย หน่วยงานบางส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ๓. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มาตรการที่ ๓ พัฒนาคุณภาพและระบบการกำกับติดตาม ดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรค ๑. กำกับ ติดตาม และประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Monitoring and evaluation) ใช้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพในการกำกับติดตามผู้ป่วยวัณโรค ๒. พัฒนาเครือข่าย ระบบข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค เพื่อการดูแลรักษา ต่อเนื่อง ๓. ใช้กลไกของ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการกำกับการขึ้นทะเบียน และติดตามการรักษาวัณโรค และกลไกของ NOC-TB ในการขับเคลื่อนการ ทำงาน</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>วัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพ โรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐</p>	<p>๔. สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพของสถานพยาบาลในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>กิจกรรมหลัก</p> <p>มาตรการ ที่ ๑ กำหนดแนวทางการสื่อสารเพิ่มมากขึ้นให้ประชาชนทุกคนตระหนักเรื่องวัณโรค ดังนี้</p> <p>๑.๑ จัดทำประชาคมในหมู่บ้านที่พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพื่อให้ความรู้ในการป้องกันวัณโรค สื่อสารลดความเสี่ยง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้สัมผัสร่วมบ้าน</p> <p>๑.๒ รณรงค์วันวัณโรคโลก (Word TB Day) ในวันที่ ๒๔ เดือนมีนาคม ทุกปี</p> <p>มาตรการที่ ๒ เพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๒.๑ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน (House Hold Contact) ในอำเภอที่ยังดำเนินการไม่ครบร้อยละ๑๐๐</p> <p>๒.๒ ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอใน ปี ๒๕๖๓ ที่ผ่านมาจากการทบทวน Dead case Conference หรือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่เดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเอง (Case Walk In)</p>
	<p>๓. มาตรการที่ ๓ ลดการเสียชีวิต เป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตลดลง ๓% จากผลงานเดิมปี ๒๕๖๓ ร้อยละ ๑๓ เป้าหมายอัตราการเสียชีวิต ≤ ร้อยละ ๕</p> <p>จัดทำ Protocol การดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคเป็น ๓ กลุ่ม</p> <p>กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้ป่วยวัณโรคน้ำหนักน้อยกว่า ๔๐ Kgs ๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปไม่มีผู้ดูแล ๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วมมากกว่า ๒โรค 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/ผู้ป่วยวัณ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>โรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติมากกว่า ๕ เท่า</p> <p>๑๐. ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (RR/MDR-TB)</p> <p>๑๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีประวัติขาดยามากกว่า ๑๔ วัน และกลุ่มผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse)</p> <p>กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง ได้แก่</p> <p>๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่คนเดียวไม่มีญาติดูแล</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า ๖๕ ปี ขึ้นไปมีผู้ดูแล</p> <p>๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีโรคร่วม ๑ โรค</p> <p>๔. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีค่าการทำงานของตับ (SGPT, SGOT) ผิดปกติ ๓-๕ เท่า</p> <p>กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว ได้แก่</p> <p>๑. ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่มีโรคประจำตัว</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคที่มีญาติดูแล</p> <p>๓. ผู้ป่วยวัณโรคที่ดูแลตนเองได้ และให้ความร่วมมือในการรักษา</p> <p>มาตรการดำเนินการลดการเสียชีวิต ในกลุ่มสีแดง</p> <p>๑.กรณี แพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๑.๑ ตรวจรักษาตาม แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย NTPพ.ศ. ๒๐๒๐</p> <p>๑.๒ มีกิจกรรม Discharge Plan หลังแพทย์ให้กลับบ้าน</p> <p>๑.๓ คีนข้อมูล ให้กับ รพ.สต และจัดทำ Care Plan ในการติดตามการดูแล</p> <p>๒.กรณี แพทย์ให้กลับไปรักษาที่บ้าน ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>๒.๑ กลุ่มเสี่ยงสูง จัดอยู่ในกลุ่มสีแดง</p> <p>ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษา โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ เยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยทุกวัน ภายใน ๗ วัน และคีนข้อมูลทาง Line Group ผลการติดตามผู้ป่วยวัณโรคภายใน ๒ เดือน (ระยะเข้มข้น)</p> <p>หมายเหตุ: พี่เลี้ยง (DOT) คือ บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาล วิชาชีพ หรือ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตรวจเยี่ยม ตามมาตรฐานการดูแล กำกับการรับประทานยาวัณโรค</p>
	<p>๒.๒ กลุ่มปานกลาง จัดอยู่ในกลุ่มสีเหลือง</p> <p>ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษา</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^mM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๗ วัน และกำกับติดตาม อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย วัณโรค</p> <p>ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรก คืบข้อมูล ทุก ๗ วัน เดือนที่ ๓,๔,๕,๖ คืบข้อมูลทุก ๑ เดือนจนครบการรักษา คืบข้อมูลการทำ DOT ผ่าน Line Group</p> <p>๒.๓ กลุ่มปกติ จัดอยู่ในกลุ่มสีเขียว</p> <p>ใช้กลไก case management team กำกับติดตามการรักษา ดูแลรักษา โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพี่เลี้ยง (DOT) โดย บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ลงติดตามเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน และกำกับติดตามอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วย วัณโรค โดยมี บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ กำกับติดตาม คืบข้อมูลการทำ DOT ผ่านกลุ่ม Line</p> <p>ระยะเข้มข้น ๒ เดือนแรกคืบข้อมูล ทุก ๑๔ วัน เดือนที่ ๓,๔,๕,๖ คืบข้อมูลทุก ๑ เดือน จนครบการรักษา</p> <p>กิจกรรมหลัก (ต่อ)</p> <p>๔. Situation Analysis : วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาด และความรุนแรงของ ปัญหา กลุ่มเสี่ยง /กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมายของช่องทางและปัญหา อุปสรรค ใน Case ขาดยา ล้มเหลวในการรักษาโอนออก เสียชีวิตระหว่างการ รักษา และไม่นำมาประเมินผล ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๔ และผลการรักษาในCohort ๑-๓ /๒๕๖๔</p> <p>๕. ให้ทุกอำเภอ ทำรายงาน One Page TB ส่งทุกวันที่ ๑๕ ของเดือน เพื่อ ติดตามงาน TB</p> <p>๖. จัดประชุมวิชาการ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการ เสียชีวิตร่วมกันทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๕</p> <p>๗. ส่งเสริมการทำงานวิจัย R๒R และ KM อำเภอที่มีผลงานดีเด่นในการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๘. นิเทศติดตาม ประเมินผล</p> <p>๙. สรุปผลการดำเนินงาน จัดทำแผนปีต่อไป</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^mM /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>มาตรการแนวทางดำเนินระดับอำเภอ : กิจกรรมหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ๗ กลุ่ม ร้อยละ ๑๐๐ โดยการ CXR และลงผลในระบบ NTIP: tbc Thailand.ddc.moph.go.th ๒. เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย ๓. ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB ๔. เพิ่มพูนศักยภาพแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยส่งแพทย์ เข้าร่วมประชุม และเพิ่มประสิทธิผลในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่ โดยConsult แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม รพ.มค. ทาง Group Line ๕. ดำเนินการตาม มาตรการ ทั้ง ๓ มาตรการ ๖. รายงานผลการดำเนินงาน ในรูปแบบ One Page TB นำเสนอผู้บริหาร ระดับจังหวัด ทุกวันที่ ๑๕ ของเดือน และใช้กลไกของ NOC-TB ระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการทำงาน ๗. เข้าร่วมนำเสนอ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิต ร่วมกันทั้งจังหวัด ปี ๒๕๖๕ ๘. จัดทำผลงานวิจัย นวัตกรรม ด้านการค้นหา รักษา ติดตาม เข้าร่วม นำเสนอใน ปี พ.ศ.๒๕๖๕ ๙. สรุปผลการดำเนินตามมาตรการที่ได้ดำเนินการ ตามปัญหา และบริบท ของพื้นที่ ๑๐. เข้าร่วมการประเมิน "โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค" ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง ๑๐ มาตรฐาน ๒๐ ตัวชี้วัด ๑๑. มีแผนงาน โครงการ ตอบสนอง PA TB
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล : กิจกรรมหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินการประสานงานกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๖ กลุ่ม (HHC, HCW,HIV ,Elderly > ๖๕ ปี with DM Migrant, prisoner) เพิ่มในElderly> ๖๕ ปี with CKD stage ๔,๕ ,Asthma, COPD และ กลุ่มผู้ป่วยตีมนสุราเรื้อรัง ให้ได้รับ การ CXR และลงผลในระบบ TBCM On Line ๒. มีระบบการส่งต่อ กรณีพบ กลุ่มเสี่ยง มีผลCXR ที่ผิดปกติ เข้าถึง กระบวนการตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง และกรณีได้รับการรักษามีกระบวนการ Care plan การดูแลต่อเนื่อง DOT ๓. ทำหน้าที่ เป็นพี่เลี้ยง(DOT) ในผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน MDR-TB จัดให้มีพี่เลี้ยง ที่เป็น อสม.อสค.ที่ผ่านการอบรม ในการดูแลการกินยาทุกวันใน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย (DOT) ในระยะเข้มข้น และติดตามครบทุก ๖ เดือน และ ลงผลการทำ DOT ในระบบ TBCM On Line ทุกวันเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔. จัดให้มีมุม DOT ใน รพ.สต.</p> <p>๕. รับข้อมูลส่งต่อจาก รพ.ชุมชน รพ.จังหวัด ใน case TB ที่ต้องดูแลรักษา ผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ และเฝ้าระวังดูแลรักษาผู้ป่วย ที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา</p> <p>๖. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพแวดล้อม ให้คำแนะนำดูแลการกินยา/ นัดหมายและส่งต่อ เมื่อประสบปัญหา</p> <p>๗. การควบคุมการแพร่กระจายเชื้อใน รพ.สต. และชุมชน โดยทำงาน สนับสนุนขออุปกรณ์ เช่น Mask N๙๕ และ นวัตกรรมหม้อดิน ในเผาขยะที่ใช้ กับผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๘. เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วม เช่น จัดอบรม อสค. อสม. โดยใช้งบประมาณ จากกงบกองทุนสุขภาพตำบล ในการค้นหา ติดตาม ดูแลให้ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ทานยาให้ครบ และส่งต่อในรายที่สงสัย</p> <p>๙. เข้าร่วมการรับประเมินมาตรฐานที่ ๔.๑ รพ.สต. ติดตาม ในองค์ความรู้ การยกระดับมาตรการ การดูแลผู้ป่วยวัณโรค เพื่อผ่านเกณฑ์มาตรการตัวชี้วัด ระดับจังหวัด</p> <p>๑๐. มีการคืนข้อมูลสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ ให้กับผู้นำท้องถิ่น อบต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ในการวางแผนปัญหา ผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ร่วมกัน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านการบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๑๙ : โครงการป้องกันและควบคุมการติดต่อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๖ ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU province)

๒. คำนิยาม:

การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล หมายถึง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง เบื้องต้นตามความจำเป็นรวมทั้งได้รับและใช้ยาจากสถานบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้องปลอดภัยเหมาะสมกับแต่ละบุคคลทั้งในเรื่องโรคขนาดยารักษาตามระยะเวลาที่กำหนดโดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง

ยา ในที่นี้หมายถึงยา (รวมถึงวัคซีน) และผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ใช้เป็นยาตามกฎหมายว่าด้วยยา กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพรตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทและยาเสพติดให้โทษที่นำมาใช้ทางยารวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา

จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU province) หมายถึง จังหวัดที่มีนโยบายระบบและโครงสร้าง กระบวนการและการติดตามประเมินผลเพื่อการพัฒนาสู่ “อำเภอใช้ยาสมเหตุสมผล”

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลโดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐภาคเอกชนและตัวแทนภาคประชาชนเช่นกรรมการพชอ./ พชข. เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในแต่ละอำเภอ/เขตโดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชนครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทั้งในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชนรวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชนมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยาใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพผลคุ้มค่ามีความรอบรู้ในการใช้ยาและการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย

การพัฒนาประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลักได้แก่การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU hospital) และการพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU in private sectors) รวมถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน (RDU community)

- RDU hospital หมายถึง การประเมินระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพท./รพข.) มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ ๑๘ ตัวชี้วัด

- RDU PCU หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 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) ขับเคลื่อนโดยชุมชนหรือ พชอ. เป็นหลัก ผลักดันเป็นวาระสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก

- การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)

โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๔ กำหนดพื้นที่เป้าหมายดำเนินกิจกรรม

- กำหนดการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน ภาพรวมทั้งอำเภอ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital	RDU ชั้นที่ ๒ ๕๐% RDU ชั้นที่ ๓ ๒๐%	RDU ชั้นที่ ๒ ๗๐% RDU ชั้นที่ ๓ ๓๕%	RDU ชั้นที่ ๒ ๙๐% RDU ชั้นที่ ๓ ๕๐%
ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน (RDU community)	๓	๕	๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยบริการมีการใช้ยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง

๒. เพื่อให้ทุกอำเภอมีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชน

๓. เพื่อให้ชุมชนสามารถป้องกัน เฝ้าระวัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านยาอย่างเป็นระบบ

๔. เพื่อให้อำเภอสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและสามารถนำมาใช้ในการจัดการปัญหาในชุมชนได้อย่างยั่งยืน เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายชุมชน ระบบรายงานเฉพาะกิจ , HDC, โปรแกรม Thai RD

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ : RDU hospital	
รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ ๑ A๒ = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ ๒ A๓ = จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ชั้นที่ ๓
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑/B) \times ๑๐๐$, $(A๒/B) \times ๑๐๐$ และ $(A๓/B) \times ๑๐๐$
รายการข้อมูล ๒ : RDU community	
ข้อ ๑	มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance - รพ.และ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดประเด็นในการติดตาม การประเมินผู้ป่วย การสรุปและจัดทำรายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา ที่เกิดจากปัญหาการใช้ *สแตียรอยด์ไม่สมเหตุผล , *ยาลดน้ำหนักรักษา , NSAIDs , drug allergy จาก Antibiotic อย่างน้อย ๒ ประเด็น (*ต้องทำ)
ข้อ ๒	มีการดำเนินการ Active community based surveillance - มีกิจกรรมเชิงรุก การค้นหาปัญหาด้านยาในชุมชน สรุปรายงานปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร - มีการรายงานผลการตรวจสแตียรอยด์ปลอมปนในยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เก็บตัวอย่างไม่ต่ำกว่า ๓๕ ตัวอย่าง (ภาพรวมอำเภอ)
ข้อ ๓	มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community participation) - มีคำสั่ง พชอ./ประกาศนโยบาย/แผนงานโครงการเกี่ยวกับการขับเคลื่อนการใช้ยาสมเหตุผล การจัดการ ปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ - มีการดำเนินโครงการ/กิจกรรม จัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยภาคีมีส่วนร่วมภาพรวมอำเภอ
ข้อ ๔	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) - ร้านชำไม่พบการขายยาผิดกฎหมาย $\geq ๙๕\%$ ของร้านชำทั้งหมดในตำบลเป้าหมาย หลังดำเนินกิจกรรม RDU community - ร้านยา คลินิก มีกิจกรรมส่งเสริม RDU ไม่น้อยกว่า ๘๐ % ของร้านยาทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ

ข้อ ๕	<p>การสร้างความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีกิจกรรมสร้างความรู้และรายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (ชุมชนต้นแบบ ๑ อำเภอ ๑ ตำบล หรือภาพรวมอำเภอ) - มีการรายงานการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อาจเข้าข่ายผิดกฎหมายหรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ
-------	---

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ

**แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข**

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๑๐ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๖๘ : ร้อยละจังหวัดที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กำหนดรูปแบบ เป้าหมาย แผนงาน การดำเนินงานตามแนวทาง RDU hospital , RDU community ของกระทรวงสาธารณสุข ๒. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการค้นหาปัญหา เฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ๓. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ให้ชุมชนมีการพัฒนากลไกการจัดการตนเอง ๔. สนับสนุนสื่อ/องค์ความรู้เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ๕. กำกับ ติดตาม วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน รายงานต่อผู้เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนดผ่านระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข และการนิเทศ
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กำหนดแผนงานในการขับเคลื่อนการใช้ยาปลอดภัยโดยชุมชน โรงเรียน ภาควิชาเครือข่ายส่วนร่วม ผ่านคณะกรรมการ พขอ. มีการบูรณาการ RDU ร่วมกับ การดำเนินงานออย.น้อยบวร. งานปฐมภูมิ ๒. ขยายเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำหน้าที่ค้นหาปัญหา เฝ้าระวัง ส่งต่อข้อมูลการกระจายยาในชุมชน ๓. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับอำเภอ/ตำบล เพื่อพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนการใช้ยาปลอดภัยโดยชุมชนมีส่วนร่วม ๔. มีกิจกรรมค้นหาปัญหาการใช้ยา และการกระจายไม่เหมาะสมในครัวเรือน ร้านชำ และปศุสัตว์ ๕. มีการเฝ้าระวังและรายงานการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ๖. มีการกำหนดประเด็นในการติดตาม ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสมพร้อมรายงานข้อมูลทันเวลา ๗. ตรวจสอบประเมิน ติดตามการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาในร้านยาคลินิก
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อสำรวจการใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงที่ปนเปื้อนสารสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะเหลือใช้ ๒. ทดสอบการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยง ๓. สำรวจและเฝ้าระวังการขายยาไม่เหมาะสม/ผิดกฎหมายในร้านชำ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
	<p>๔. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๕. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/คืนข้อมูลให้แก่ชุมชน และหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม</p> <p>๖. มีการเฝ้าระวังและรายงานการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่เสี่ยงต่อ</p> <p>๗. รายงานผลการดำเนินงานต่อผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๑๙ : โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๗ ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
ตัวชี้วัดที่ ๗๘ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

๒. คำนิยาม คำอธิบาย :

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 และนำไปสู่

มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ไขปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

๒.๒ อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ในกระแสเลือด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
โรงพยาบาลทุกแห่งระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท.ระดับ intermediate รพช. ระดับ basic	โรงพยาบาลทุกแห่งระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท.,รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ basic	โรงพยาบาลทุกแห่งระบบการจัดการเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา รพท.,รพ.Node ระดับ intermediate รพช. ระดับ intermediate
การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๐	-รพท.มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๑ -รพช.Node มี baseline อัตรา การติดเชื้อดื้อยา	-รพท.มีอัตราการติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๑ -รพช.Node มี baseline อัตรา การติดเชื้อดื้อยา

๔.วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพโดยใช้ยาในขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายด้วยระยะเวลาการรักษาที่เหมาะสมและมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด

๔.๒ เพื่อลดอัตราการป่วยจากการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

๔.๓ เพื่อลดการใช้ยาต้านจุลชีพชนิดออกฤทธิ์กว้างอย่างไม่เหมาะสมในโรงพยาบาล

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่ทางระบบรายงานเฉพาะกิจ
โปรแกรมด้านห้องปฏิบัติการ, โปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ : AMR	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.ที่มีการจัดการ AMR ผ่านตามเกณฑ์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ.ทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล ๒ : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	
รายการข้อมูล ๑	C = ผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ที่ดื้อยาในกระแสเลือด
รายการข้อมูล ๒	D = ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(C/D) \times 100$
รายการข้อมูล ๓ : ร้อยละการลดลงของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	
รายการข้อมูล ๑	E= อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปฏิทิน ๒๕๖๑
รายการข้อมูล ๒	F= อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด รอบปีปัจจุบัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(F - E) \times 100/E$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ ตำแหน่ง เกสซ์กรชำนาญการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๑๘ : โครงการป้องกันและ ควบคุมการติดยาต้านจุล ชีพและการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) ระดับจังหวัด/ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา AMR ๒. กำหนดแผนปฏิบัติการในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการ ในเครือข่ายจังหวัด ให้มีการดำเนินงานจัดการเชื่อมต่ออย่างบูรณาการ ๓. ชี้แจงแนวทาง สื่อสารข้อมูล พัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลและการส่งต่อ ผู้ป่วยเชื่อมต่อภายในจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ ๔. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานผลต่อผู้บริหารทุก ๓ เดือน
<p>ตัวชี้วัดที่ ๖๙ : ร้อยละโรงพยาบาลมีการ ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของ โรงพยาบาลมีการจัดการ เชื่อมต่อยาต้านจุลชีพอย่าง บูรณาการ (AMR)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินการโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดโรงพยาบาล <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ ขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีกา รจัดการเชื่อมต่ออย่างบูรณาการ ๑.๒ กำหนดมาตรการในการบริหารจัดการการใช้ยาของโรงพยาบาล ๑.๓ กำหนดทีมผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน ๒. ขับเคลื่อนแนวทางการจัดการเชื่อมต่อยา ๓. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารอย่างน้อยทุก ๓ เดือน และรายงานผลต่อผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดทุก ๖ เดือน
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนามาตรการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ในกลุ่มโรค ติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ๒. สร้างความเข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและ ประชาชน ๓. เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงเฝ้าระวังการจำหน่าย ยาปฏิชีวนะในช่องทางที่ไม่เหมาะสม

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๐ : โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗๙ : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

๒. คำนิยาม

การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ 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 และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลง ร้อยละ ๑๐	ลดลง ร้อยละ ๑๐	ลดลง ร้อยละ ๑๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

รพ.ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง ในจังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จังหวัดจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

HDC กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย ๔ สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย ๔ สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพปี ๒๕๖๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน)

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน

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
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
Email : wiriyal2509@hotmail.com |
| ๒. นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ | นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com |
| ๓. นางกนกวรรณ เจริญศิริ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม
มือถือ ๐๙๑-๘๖๔-๕๗๖๗ |

**แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข**

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๒๐ : โครงการพัฒนาศูนย์ความ เป็นเลิศทางการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ ๗๙ : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย นอกเขตสุขภาพลดลง</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย (Referral Audit) จังหวัดมหาสารคาม จัดประชุม ๒ เดือน/ครั้ง ๒. มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทุกสาขาที่ Consult ตลอด ๒๔ ชม. ๓. นำมาตรการและแนวทางการรักษา (CPG) ไปใช้เพื่อเกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ ๔. มีระบบสื่อสารและสั่งการสำหรับการเฝ้าระวังการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินเร่งด่วนได้รับการดูแลโดยแพทย์ทุกราย <ul style="list-style-type: none"> - มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทุกสาขา ที่ Consult ตลอด ๒๔ ชม. ๕. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน <ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ ในการแจ้งเหตุและพัฒนาศักยภาพศูนย์สั่งการที่อบจ. ๖. Referral Audit วิเคราะห์ GAP และนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหาการพัฒนา ต่อที่ประชุม 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.ทั่วไปและรพช.ด้านระบบส่งต่อบุคลากร รถ เครื่องมือแพทย์ อุปกรณ์เทคโนโลยีการสื่อสาร ๑๐. จัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสมเพิ่มขึ้น (คน เงิน ของ) ในสถานบริการระดับ S ๑๑. โรงพยาบาลระดับ S เพิ่มศักยภาพด้านบริการ เช่น แพทย์เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง และสาขาหัวใจในกุมารเวชกรรม(สาขาที่ refer out ไปส่วนกลาง) ๑๒. เสนอ กวป. เพื่อพิจารณาอนุมัติ งบประมาณบุคลากรและงบค่าเสื่อมเพื่อพัฒนา NODE ให้เต็มศักยภาพ ใน M๒ และ F๑เนื่องจาก 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

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
	<p>๑๔. มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ Consult ตลอด ๒๔ ชม. ทั้งทาง โทรศัพท์ และ Line Application</p> <p>๑๕. นิเทศงาน และ ประเมินตัวชี้วัดในหน่วยบริการ รพ.ทั่วไป และรพช. ด้านมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย เรื่องระบบส่งต่อตามศักยภาพแต่ละระดับ</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. การพัฒนาระบบบริการ รพช. แม่ข่าย (M๒) และ (F๑) เพิ่มศักยภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพ - พัฒนาความเชื่อมโยงสถานบริการระบบการส่งต่อและรับกลับอย่างเป็นขั้นตอน (network) <p>๒. นำมาตรการและแนวทางการรักษา (CPG) ไปใช้เพื่อเกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ</p> <p>๓. ระดับ (M๒/F๑)</p> <p>๑) รพ.บรปือ (M๒) ดูแล พวงบริการ รพ.นาเชือก และ รพ.กุดรัง เพิ่มศักยภาพ ในสาขา ศัลยกรรม สูติกรรม กุมารเวชกรรม และศัลยกรรมกระดูกและข้อ</p> <p>๒) รพ.พยุภูมิพิสัย (M๒) ดูแล พวงบริการ รพ.นาโดน และรพ.ยางสีสุราช เพิ่มศักยภาพ ในสาขา ศัลยกรรม สูติกรรม</p> <p>๓) รพ.โกสุมพิสัย (F๑) พัฒนาเป็นระดับ M๒ เพิ่มศักยภาพ (แผนปี ๒๕๖๕)</p> <p>๔) รพ.วาปีปทุม (F๑) พัฒนาเป็น ระดับ M๒ เพิ่มศักยภาพ</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. พัฒนาศักยภาพและความเชื่อมโยงสถานบริการระบบการส่งต่อและรับกลับอย่างเป็นขั้นตอน (network)</p> <p>๒. นำมาตรการและแนวทางการรักษา (CPG) ไปใช้เพื่อเกิดประสิทธิภาพที่ดีต่อผู้รับบริการ</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๐ : อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๒. คำนิยาม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

๒. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขและ กบรส.

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต < ๒๘ วัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑,๐๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๒ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ๓.๖๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ๓.๕๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๕๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๕๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	< ๓.๔๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๔๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๔๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|---|--|
| ๑. นางศิริมา วิริยะ
มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม
Email : wiriyal๒๕๐๙@hotmail.com |
| ๒. นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑ | นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com |
| ๓. นางพิมพ์พูน ศิริกิจ
มือถือ ๐๙๓-๔๗๔ ๓๒๕๓ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
 และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
 กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๒๑: โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาทารก แรกเกิด ตัวชี้วัดที่ ๘๐ : อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 ๑๐๐๐ กรัมได้ ๘. ตรวจหาความผิดปกติในทารกกลุ่มเสี่ยง เช่น ROP, hearing screening head ultrasound ๙. สามารถให้การรักษาผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาทางศัลยกรรมได้ (pediatric surgery) เช่น gut obstruction, abdominal wall defect <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๕-๓๗ สัปดาห์ หรือน้ำหนักมาก ๒๐๐๐ 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 ที่ น้ำหนักแรกเกิด $\geq 1,500$ กรัมหรือไม่มีปัญหาซับซ้อนโรงพยาบาลหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ๖. ให้การดูแลเบื้องต้นทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. ตรวจประเมินและให้การดูแลทารกแรกเกิดปกติได้ ๗. ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วยสามารถคัดกรองทารกที่มีความเสี่ยงและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ๘. ให้การดูแลทารกโรคเรื้อรังได้รับการดูแลที่บ้านได้ (Home care) เช่น OG feed

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๑ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘๒ 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

โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้

๑. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) และบันทึกในระบบ E-claim รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน 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 time อย่างน้อย 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 ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว

๓. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-๑๐ Z๕๑.๕) ตามกลุ่มโรคที่ องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการ แพทย์ ดังนี้

๓.๑ กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-๑๐ รหัส C๐๐-C๙๖ หรือ D๓๗-D๔๘

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

๓.๓ โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD ๑๐ รหัส N๑๘.๕

๓.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-๑๐ รหัส J๔๔

๓.๕ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-๑๐ รหัส I๕๐

๓.๖ ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K๗๒ หรือ alcoholic hepatic failure (K๗๐.๔) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K๗๑.๗)

๓.๗ ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B๒๐-B๒๔ ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑

๓.๘ ผู้สูงอายุ (อายุ > ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๗ กลุ่มโรคตามข้อ ๒.๑ – ๒.๗ และภาวะ พิ้งพิ้ง ICD-๑๐ รหัส R๕๔ เข้าสู่ระยะประคับประคอง

๓.๙ ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ประคับประคองระยะท้าย

๔. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การ อนามัยโลกในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก อย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการ ดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยา มอร์ฟีนสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย

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

* เมื่อดำเนินการตามข้อ ๔ – ๕ หน่วยบริการประจำมีสิทธิได้รับค่าชดเชยค่าบริการแบบประคับประคอง ตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด

๖. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟีน และ ร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

๗. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการ บันทึกเหตุการณ์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-๑๐TM รหัส U๗๗๘-๗๗๙, แพทย์แผนจีน รหัส U๗๘-๗๙ (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ตั้งจากฐาน HDC)

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๕	≥ ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ร่วมพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 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 ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z๕๑.๕) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z๕๑.๕) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลตาม 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 Z๕๑.๕ ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางศิริมา วิริยะ

มือถือ ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.มหาสารคาม

Email : wiriyal2509@hotmail.com

๒. นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์

มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม

E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

๓. นางปุณณนุช ธรรมวงษา

มือถือ ๐๘๒-๕๓๙-๔๙๕๑

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาสารคาม

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการ ๒๒ : โครงการพัฒนาระบบการ ดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และ การดูแลผู้ป่วยกึ่ง เฉียบพลัน ตัวชี้วัดที่ ๘๑ : ร้อยละการบรรเทาอาการ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
<p>ปวดและจัดการอาการ ต่างๆด้วย Opioid ใน ผู้ป่วยประคับประคองระยะ ท้ายอย่างมีคุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ให้ความรู้ประชาชนในการดูแลผู้ป่วย ๒. พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โครงการที่ ๒๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๓ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มีารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบ ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทัพบมือเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการ

เพิ่มเติมรหัสภายหลัง

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 ๙๐๐-๗๙-๙ อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส Z

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
<p>๑. มีการส่งตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน OPD คู่ขนาน อย่างน้อย ๒ วัน/สัปดาห์</p> <p>๒. จำนวนสถานบริการแพทย์แผนไทยผ่านการประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท. ระดับดีมากขึ้นไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ได้ ๐.๕ คะแนน - ร้อยละ ๑๐๐ ได้ ๑ คะแนน <p>๓. มีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย ๒๐ รายการ/เดือน (ทุกโรงพยาบาล) และมีการส่งใช้ยาปรุงเฉพาะราย อย่างน้อย ๕ ตำรับ (เฉพาะโรงพยาบาลมหาสารคาม)</p> <p>๔. มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยหรือประชาชนทั่วไป อย่างน้อย ๒ ครั้ง</p> <p>๕. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>๕.๑ ระดับโรงพยาบาลทั่วไป (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๒)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๘ ได้ ๐.๑ คะแนน - ร้อยละ ๑๐ ได้ ๐.๒ คะแนน - ร้อยละ ๑๒ ได้ ๐.๓ คะแนน - ร้อยละ ๑๔ ได้ ๐.๔ คะแนน - ร้อยละ ๑๖ ได้ ๐.๕ คะแนน <p>๕.๒ ระดับโรงพยาบาลชุมชน (เป้าหมาย ร้อยละ ๑๖)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๑๒ ได้ ๐.๑ คะแนน - ร้อยละ ๑๔ ได้ ๐.๒ คะแนน - ร้อยละ ๑๖ ได้ ๐.๓ คะแนน - ร้อยละ ๑๘ ได้ ๐.๔ คะแนน - ร้อยละ ๒๐ ได้ ๐.๕ คะแนน 	<p>ร้อยละ ๑๒</p>	<p>ร้อยละ ๑๒</p> <p>ร้อยละ ๑๖</p>

ชื่อตัวชีวิต	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๕.๓ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เป้าหมาย ร้อยละ ๓๐)	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐
- ร้อยละ ๒๐ ได้ ๐.๑ คะแนน		
- ร้อยละ ๒๕ ได้ ๐.๒ คะแนน		
- ร้อยละ ๓๐ ได้ ๐.๓ คะแนน		
- ร้อยละ ๓๕ ได้ ๐.๔ คะแนน		
- ร้อยละ ๔๐ ได้ ๐.๕ คะแนน		

๔. วัตถุประสงค์

- ๔.๑ เพื่อให้เกิดการพัฒนาาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ให้ผู้ป่วย และประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
- ๔.๒ เพื่อให้สถานบริการทุกระดับที่ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกผ่านการประเมินตามมาตรฐาน รพ.สส.พท. ระดับดีมาก

๕. แหล่งข้อมูล

- ๕.๑ อ้างอิงข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
- ๕.๒ Family Folder/ฐานข้อมูล
- ๕.๓ คู่มือการประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์/ผลการประเมิน

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

รายการข้อมูล

A = คะแนนรวมจากการประเมินตามเกณฑ์

B = คะแนนเต็มทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชีวิต

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|------------------|
| ๑. นายบวร จอมพรรษา | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗ |
| ๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด | เภสัชกรชำนาญการ | โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ |
| ๓. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ | เภสัชกรชำนาญการ | โทร. ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ |
| ๔. นายสุริยา ชันทชาติ | แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ | โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ :</p> <p>การพัฒนาบริการสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๒๓ :</p> <p>โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๘๓ :</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อคัดเลือกคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ ฟื้นฟูเวชปฏิบัติแพทย์แผนไทย ๓.๒ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง ๓.๓ พยาบาลใน รพ.สต. ๓.๔ หลักรัฐอื่น ๆ ๔. จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทยและอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ๕. ส่งเสริมและพัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยเฉพาะโรคและคลินิกแพทย์แผนไทยอัตลักษณ์ประจำพื้นที่ ๖. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย ๗. สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในจังหวัดให้เพิ่มขึ้นตามนโยบาย ของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมจัดทำแนวทางในการปฏิบัติงาน ๘. ส่งเสริมและพัฒนาให้มีการใช้ตำรับยาปรุงเฉพาะราย ๙. บูรณาการดำเนินงานด้านแพทย์แผนไทยร่วมกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๑๐. ติดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่โดยการวิเคราะห์จากข้อมูล HDC ของจังหวัดมหาสารคาม ๑๑. ออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ตามรอบการนิเทศของจังหวัดมหาสารคาม
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ เช่น ให้แพทย์แผนไทยเป็นกรรมการในคณะกรรมการ PTC ของโรงพยาบาล ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๖. พัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยเฉพาะโรคและสร้างความเป็นอัตลักษณ์ประจำพื้นที่</p> <p>๗. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด (ไม่ต่ำกว่าระดับดีมาก)</p> <p>๘. กำหนดรายการยาสมุนไพรพื้นฐานอย่างน้อย ๓๐ รายการ และใช้ยาสมุนไพรทดแทน</p> <p>๙. กำหนดรายการยาปรุงเฉพาะรายเพื่อใช้ในการให้บริการ</p> <p>๑๐. สามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่หรือหน่วยบริการได้จากข้อมูล HDC ของจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>๑๑. ทำแผนการออกนิเทศหน่วยบริการในเครือข่ายตามความเหมาะสม</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดให้มีผู้ช่วยแพทย์แผนไทยดำเนินงานในหน่วยบริการ</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งจ่ายยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน</p> <p>๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ</p> <p>๔. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ</p> <p>๕. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย</p> <p>๖. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น</p> <p>๗. นำแนวทางเวชปฏิบัติมาใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในการให้บริการสุขภาพประชาชน</p> <p>๘. การพัฒนาคลินิกแพทย์แผนไทยในระดับ รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยให้มีการตรวจวินิจฉัยและสั่งการรักษาตามเกณฑ์กำหนด</p> <p>๙. พัฒนามาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์กำหนด (ไม่ต่ำกว่าระดับดีมาก)</p> <p>๑๐. ใช้ยาสมุนไพรพื้นฐานตามตัวชี้วัด อย่างน้อย ๑๐ รายการ</p> <p>๑๑. กำหนดรายการยาปรุงเฉพาะรายเพื่อใช้ในการให้บริการ (เฉพาะที่มีแพทย์แผนไทย)</p> <p>๑๒. สามารถตรวจสอบผลการดำเนินงานของแต่ละพื้นที่หรือหน่วยบริการได้จากข้อมูล HDC ของจังหวัดมหาสารคาม</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๔ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดที่ ๘๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัดที่ ๘๖ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

๔. คำนิยาม

การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ 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 - ๒๕๖๕

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศรียรระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของจังหวัดมหาสารคาม

๕. วัตถุประสงค์

๑. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย
๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
๓. ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี

๖. แหล่งข้อมูล

๑. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย ใช้แหล่งข้อมูลจาก รง.๕๐๖s
๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้แหล่งข้อมูลจาก HDC
๓. ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ใช้แหล่งข้อมูลจาก รง.๕๐๖s

๗. รายการข้อมูล

๑. รายการข้อมูล : ลดอัตราการฆ่าตัวตาย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๕
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$

ระยะเวลาประเมินผลไตรมาส ๔

๒. รายการข้อมูล : เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ สิ้นสุดถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คาดประมาณจากความชุก (ร้อยละ ๒.๗ ของประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผลไตรมาส ๔

๓. รายการข้อมูล : ลดอัตราการพยายาฆ่าตัวตาย ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ภายใน ๑ ปี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการที่ยังคงไม่เสียชีวิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผลไตรมาส ๔

๘. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ตัวชี้วัดที่ ๘๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕
ตัวชี้วัดที่ ๘๕ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร
ตัวชี้วัดที่ ๘๖ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวณัฐจิต อินทร

โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนวลปรานค์ ดวงสว่าง

โทร. ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาบริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๒๔ : พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ตัวชี้วัดที่ ๘๔ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตัวชี้วัดที่ ๘๕ : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตัวชี้วัดที่ ๘๖ : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u></p> <p>๑. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด , เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับขั้น บูรณาการกับ ระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน /ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์โควิด-๑๙ และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๒. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหา โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๓. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <p>๔. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๕. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน</p> <p>๖. สนับสนุนให้หน่วยงานระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้าน/ชุมชน พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p><u>กิจกรรมด่วน</u></p> <p>สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy”</p> <p>คัดกรองเชิงรุก (พขอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ / ครอบครัว /ชุมชน (พขอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พขอ.) สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พขอ.)</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>เชื่อมต่อระบบฐานข้อมูล Mental Health Check in, E-mail Alert, Care Transition, ๕๐๖s และฐาน HDC มหาสารคาม ให้ สอดคล้อง ตรงกัน สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ชัดเจนมากขึ้น</p> <p>๗. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p><u>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</u></p> <p>๑. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน, ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับขั้น บูรณาการกับ ระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน / ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์โควิด-๑๙ และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๒. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหา โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๓. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <p>๔. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๕. พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน</p> <p>๖. พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ</p> <p><u>กิจกรรมด่วน</u></p> <p>สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy”</p> <p>คัดกรองเชิงรุก (พขอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ / ครอบครั้ว /ชุมชน (พขอ.) ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พขอ.) สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พขอ.)</p> <p>๗. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับ</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๘. พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต (เชิงรับ) และขยาย Model เชิงรับด้วยแนวคิด Psycho – Social Clinic (ต้นแบบระบบบริการ คือ Model รพ.มหาสารคาม หรืออื่นๆ ที่มีในพื้นที่ เพื่อใช้สำหรับ รพ.ระดับ S, M๑, M๒, F๑ ส่วน ระดับ F๒-๓ ปรับให้เหมาะสมตามทรัพยากร/ความพร้อม) และพัฒนาระบบจิตเวชฉุกเฉิน เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๙. สร้าง/ขยายชุมชนต้นแบบ(เชิงรุก) ภายใต้แนวคิด Psycho – Social Community ที่มีในพื้นที่ โดยนำมาปรับกระบวนการที่สนำสู่การสร้างวัดชื่นใจ ครอบครัว ชุมชน เพื่อใช้สำหรับดำเนินการ รพ. / สสอ. / รพ.สต. / ชุมชน ทุกแห่ง) รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๑๐. ดำเนินงาน MCATT ระดับพื้นที่ผ่านระบบ พขอ. ภายใต้การสั่งการของ คณะ กก. EOC ระดับอำเภอ</p> <p>๑๑. ขับเคลื่อนระบบข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ผ่านระบบ Mental Health Check in / E-mail Alert, รง. ๔๓ แฟ้ม, รง.๕๐๖ s, Care Transition ฯลฯ</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <p>๑. วิเคราะห์สถานการณ์/ติดตาม การปฏิบัติงานตามแผนสุขภาพจิตเชิงรุกและเชิงรับ ในทุกระดับ และคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๒. ดำเนินการการคัดกรองสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัย เพื่อค้นหาความเสี่ยง เครียด, เบื่อหน่ายงาน,ฆ่าตัวตาย, ซึมเศร้า ให้เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ตามลำดับขั้น โดยบูรณาการกับ ระบบจัดการสุขภาพภาคประชาชน /ดำเนินงานแบบ “Psycho-social แบบองค์รวม” ภายใต้สถานการณ์โควิด-๑๙ และวิกฤตภัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๓. บูรณาการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตเชิงรุกและควบคุมปัจจัยที่ก่อปัญหา โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๔. พัฒนาคณาจารย์ระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช</p> <p>๕. พัฒนาระบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตและสร้างความรอบรู้ฯ โดยสร้างความรอบรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๖. พัฒนาบุคลากรเพื่อเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน</p> <p>๗. พัฒนาระบบสังเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายฯ</p> <p><u>กิจกรรมด่วน</u></p> <p>สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต แบบ “Mahasarakham Mental Health literacy”</p> <p>คัดกรองเชิงรุก (พชอ.) ให้คำปรึกษา ดูแลรักษา และส่งต่อ</p> <p>สร้างความเข้มแข็งด้วยวัคซีนใจ / ครอบครัว / ชุมชน (พชอ.)</p> <p>ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวิถีชีวิตใหม่ (พชอ.)</p> <p>สร้างชุมชน/องค์กร ต้นแบบที่มีภูมิคุ้มกันทางใจ (พชอ.)</p> <p>๘. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพจิต ให้มีบทบาทในการทำงานอย่างชัดเจน โดดเด่น ครอบคลุมทุกพื้นที่ รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ และวิกฤตภัยที่เกี่ยวข้อง โดยสร้างทักษะการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๙. ประชาสัมพันธ์การสังเกตสัญญาณเตือน ผ่านงาน อสม. และสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง โดยเน้น หลักการปฐมพยาบาลทางจิตใจ (๓ ส Plus) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) สอดส่องมองหา ผู้ที่มีความคิดทำร้ายตัวเอง หรือผู้ที่มีการส่งสัญญาณเตือนในการฆ่าตัวตาย เช่น พฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม แยกตนเองออกจากสังคม ๒) ใส่ใจรับฟัง ด้วยความเข้าใจ ไม่ตำหนิหรือวิจารณ์ ๓) ส่งต่อเชื่อมโยง เช่น การแนะนำสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ แอปพลิเคชัน Sabaijai หรือแนะนำให้ไปพบบุคลากรสาธารณสุข ๔) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือน แหล่งช่วยเหลือในชุมชน ๕) ช่วยให้เข้าถึงบริการ เช่น ช่วยเหลือพาไปส่งโรงพยาบาลใกล้บ้าน เป็นต้น โดยเพิ่ม/สร้างทักษะการเผยแพร่ความรู้ในรูปแบบ “Mahasarakham Mental Health literacy” เพื่อสนับสนุนให้เกิด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>กระบวนการฯ ที่ต่อเนื่อง</p> <p>๑๐. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรณรงค์ในวันสำคัญของงาน สุขภาพจิต</p> <p>๑๑. นิเทศ ติดตามการดำเนินงานตาม KPI ทั้งจากระบบงานเชิงรุก/เชิงรับ</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก(สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๗ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired

๒. คำนิยาม

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งใน ๔.๒ – ๔.๔

๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

๑. อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis

๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

๓. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

๔. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไป ที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๔.๑ ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) หรือมี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 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 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ ๒๔ ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired	< ร้อยละ ๒๖	< ร้อยละ ๒๔	< ร้อยละ ๒๒

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-๑๐ โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principal Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principal Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advice) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principal Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principal Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A+C) / D \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

๑. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
๒. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ
๓. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 24 และ hospital-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสีทธิ

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางสาวสุนทรทิพย์ ปัตติทานัง โทร. ๐๙๔-๒๘๗-๔๙๓๖

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนากระบวนการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๒๕ : โครงการพัฒนากระบวนการ สุขภาพ ๕ สาขาหลัก(สูติ นารีเวช ศัลยกรรม อายุร กรรม กุมารเวชกรรมและ ออโรโธปิดิกส์) ตัวชี้วัดที่ ๘๗ : อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาเครือข่ายการดูแลคัดกรองกลุ่มอาการ sepsis / septic shock ๒. อบรมเจ้าหน้าที่เพื่อให้ความรู้เรื่องการคัดกรองกลุ่มอาการ sepsis /

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	septic shock ๓. จัดทำคู่มือการดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดฉบับประชาชน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ ๒๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม

อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและออร์โธปิดิกส์)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๘.๑ Refracture Rate

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย

ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)

ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก 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. Subtrochanteric 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 malleolus)
S๘๒.๖ (lateral malleolus)
S๘๒.๘ (lower leg, other)

ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสหัตถการด้วยรหัส

๑. open reduction with internal fixation femur ๗๙.๓๕
๒. Close reduction with internal fixation femur ๗๙.๑๕
๓. Total hip arthroplasty ๘๑.๕๑
๔. Partial hip arthroplasty ๘๑.๕๒

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว ๑ ปี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
Refracture Rate	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention

หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์

ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือ ผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน

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

ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ

จำเป็นต้องมี เกสซักร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด

แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ

หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วัสดุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย ๑ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้นจัดตั้งทีม Refracture Prevention

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M๑ ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์
2. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาล/เขตสุขภาพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC ของกระทรวง
2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ที่มีกระดูกหักซ้ำ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ในระยะเวลา ๑ ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๒๐	< 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	< ร้อยละ ๒๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางรัศมี เกตุธานี

โทร. ๐๘๘ ๕๗๑ ๒๕๗๘

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๒๕ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ๕ สาขา หลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรมและ ออร์โธปิดิกส์) ตัวชี้วัดที่ ๘๘.๑ : Refracture-Rate</p>	<p><u>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท. ๒. พัฒนาระบบ consult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วน ของแพทย์และ 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 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 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 <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment) - ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise program) - ผู้ป่วยและญาติได้รับสุขศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะ กระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education program) และเชื่อมต่อกับ ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ๗. Primary prevention คู่มือประชาชน ๘. Secondary prevention ๙. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ให้สมบูรณ์และเชื่อมโยงสู่ชุมชน ๑๐. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช ๑๑. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๓ ครั้ง/ปี ตามZone ๑๒. วางแผนจัดอุปกรณ์ traction ๑๓. มีการกระจายยา Prophylaxis Anti-Osteoporosis drugs ลงสู่ โรงพยาบาลระดับ M๒ -P อย่างทั่วถึง ๑๔. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการ Fracture around the Hip กับ โรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๑๕. มีคณะกรรมการดำเนินงาน</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 /CNPการดูแลผู้ป่วย /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 <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท ๒. การคัดกรอง และการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment การเฝ้าระวัง Re fracture Prevention โดยให้ประชาชนมีความรู้เรื่องป้องกันกระดูกหักซ้ำ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง (ผู้สูงอายุ) ๓. Primary prevention คู่มือการดูแลเพื่อป้องกันกระดูกสะโพกหัก รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องการป้องกัน/การออกกำลังกายที่เหมาะสม ๔. CPG/CNPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต, ตำบล, หมู่บ้าน การคัดกรองการคัดกรอง และการประเมินความเสี่ยง ๖. พัฒนาระบบconsult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จากรพ.สต. ถึง รพช. ๗. มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๘. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ ๒๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘๙ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด

๘๙.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๘๙.๒ ร้อยละของการให้การรักษามารวมของผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๘๙.๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่

กำหนด

๘๙.๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐาน

เวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)

๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด

STEMI

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐- WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘	< ร้อยละ ๘

๗. วิธีการประเมินผล

รายงานจากการลงข้อมูล Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

ตัวชี้วัดรอง ๘๙.๒ 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 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๓๔.๒.๑ ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐
๓๔.๒.๒ Primary PCI	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินมาตรฐานการรักษาผู้ป่วย STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐- WHO I๒๑.๐- I๒๑.๓ ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียนจากทุกเขตบริการ

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน

๖. รายการข้อมูล

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 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(A/B) \times 100$ ๒. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด = $(C/D) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๓๔.๒.๑ ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐
๓๔.๒.๒ Primary PCI	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐

ปี ๒๕๖๖ :

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๓๔.๒.๑ ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๖๐
๓๔.๒.๒ 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
๓๔.๒.๑ ยาละลายลิ่มเลือด	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐
๓๔.๒.๒ Primary PCI	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕๕@hotmail.com

นางพุทธกัญญา นารณศิลป์

โทร. ๐๘๙๗๑๒๐๒๘๐

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาบริการ สุขภาพ(Service Plan) โครงการ ๒๖ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา โรคหัวใจ ตัวชี้วัดที่ ๘๙ : อัตราการตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด ๘๙.๑ อัตราตายของผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลัน ชนิด STEMI ๘๙.๒ ร้อยละของการให้ การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด - ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด - ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วน ของแพทย์และnurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI ๔. CPG การดูแลผู้ป่วย /คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๕. Primary prevention คู่มือประชาชน / สติกเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง ๖. Secondary prevention ๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และ เชื่อมโยงสู่ชุมชน ๘. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช ๙. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๕ ครั้ง/ปี ตามZone ๑๐. วางแผนจัดซื้อยาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา ๑๑. มีการกระจายยาDual Anti-platelet , Beta block ลงสู่ โรงพยาบาลระดับFอย่างทั่วถึง ๑๒. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการFast track STEMI กับ โรงพยาบาล เอกชนและมหาวิทยาลัย ๑๓. มีคณะกรรมการดำเนินงาน <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท ๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ๓. พัฒนาระบบconsult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วน ของแพทย์และnurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI (ในส่วน รพช Line Consultเฉพาะอำเภอ) ๔. CPG การดูแลผู้ป่วย /คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๕. Primary prevention คู่มือประชาชน / สติกเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง</p> <p>๖. เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้</p> <p>๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ</p> <p>๘. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๙. วางแผนจัดซื้อยาาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา</p> <p>๑๐. จัดให้มียาDual Anti-platelet , Beta block ในโรงพยาบาลระดับ M-อย่างทั่วถึง เพื่อรองรับการRefer back</p> <p>๑๑. มีคณะกรรมการดำเนินงาน</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท</p> <p>๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๓. Primary prevention คู่มือประชาชน / สติกเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ รณรงค์ป้องกันโรค NCD/เฝ้าระวัง โดยใช้ Resourceจากท้องถิ่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน รณรงค์ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ป้องกันสาเหตุและปัจจัยเกิดโรคกับครอบครัว</p> <p>๔. CPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น</p> <p>๕. จัดให้มียาASA</p> <p>๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ สต ,ตำบล, หมู่บ้าน การคัดกรองอาการโรคหัวใจเบื้องต้น</p> <p>๗. พัฒนาระบบconsult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของแพทย์ และnurse case manager Fast track STEMI, Line Consultจาก รพ สต ถึง รพช.</p> <p>๘. มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back</p> <p>๙. มีคณะกรรมการดำเนินงาน</p>

นียมตัวชีวิตตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๐ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๙๐.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์

๙๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์

๙๐.๓ 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) โดยนับ จาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๓) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับ จาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก

-วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๔) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับ จาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๒. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

* หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรคไม่รวมกรณี Metastatic(Unknown primary)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕	ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕	ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕	ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕	ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๗๕
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา	ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๐	ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๕	ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๖๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
๒. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด
๓. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตาม ประเภทการรักษา
๒. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
๓. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่
 - ๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยมนโรคนำมาซึ่งการรักษานั้น 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 ระบบCancer Informatics ของโรงพยาบาล

๒. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูล ส่วนที่เกี่ยวข้องของผ่าน TCB ได้ ควบคุมกับงานทะเบียนมะเร็ง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A_{(S)} / B_{(S)}) \times 100$ ๒. $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$ ๓. $(A_{(R)} / B_{(R)}) \times 100$

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
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัดภายในระยะเวลา 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: wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕๕@hotmail.com

นางกมลรัตน์ สุปัญญาบุตร

โทร. ๐๘๘-๕๖๒๙๑๔๑

นางเสาวนีย์ บุญเสริม

โทร. ๐๙๓-๓๒๐๓๐๑๙

E-mail : tookyguttha@outlook.co.th

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาบริการ สุขภาพ(Service Plan) โครงการ ๒๗ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขา โรคมะเร็ง ตัวชี้วัดที่ ๙๐ : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษา ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๙๐.๑ ร้อยละผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์ ๙๐.๒ ร้อยละผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์ ๙๐.๓ ร้อยละผู้ป่วย มะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด ๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต. ๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม , มะเร็งปากมดลูก , มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร , มะเร็งตับ และ มะเร็งปอด และ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ ๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า , คลินิกวัยใส , คลินิกเต้านม , คลินิก palliative care เป็นต้น ๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - 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) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษามะเร็ง โรคมะเร็ง (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	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๑๓. ติดตามงานนิเทศงานเครือข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>๑๔. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็งอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <p>๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบต.</p> <p>๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม , มะเร็งปากมดลูก , มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร , มะเร็งตับ และ มะเร็งปอด และ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ</p> <p>๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า , คลินิกวัยใส , คลินิกเต้านม , คลินิก palliative care เป็นต้น</p> <p>๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p> <p>๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>๗. จัดทำแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)</p> <p>๘. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัช นักกายภาพบำบัด</p> <p>๙. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>๑๐. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี</p> <p>๑๑. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภออย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>๑๒. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๒. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>เสี่ยงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม , มะเร็งปากมดลูก , มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร , มะเร็งตับ และมะเร็งปอด และ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ</p> <p>๓. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกอดบุหรี่และเหล้า เป็นต้น</p> <p>๔. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม</p> <p>๕. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 <p>๖. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี</p> <p>๗. จัดประชุมคณะกรรมการระดับตำบลอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๘. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่ายอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p>

นียมตัวชีวิตตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๑ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

๒. คำนิยาม

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒/yr หมายถึง ร้อยละผู้ป่วยที่มีผลค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีค่า eGFR ของผู้ป่วยที่มีการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕

หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๑, N๑๘๒, N๑๘๓, N๑๘๔, N๑๘๕, E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒, N๑๘๓, ๑๒๐๐, ๑๒๑๙, ๑๒๓๐, ๑๒๓๑, ๑๒๓๒, ๑๒๓๓, ๑๒๓๔, ๑๒๓๕, ๑๒๓๖, ๑๒๓๗, ๑๒๓๘, ๑๒๓๙, N๑๔๑, N๑๔๒, N๑๔๓, N๑๔๔, N๑๔๕, N๑๔๖, N๑๔๗, N๑๔๘, N๑๔๙, N๑๕๑, N๑๕๒, N๑๕๓, N๑๕๔, N๑๕๕, N๑๕๖, N๑๕๗, N๑๕๘, N๑๕๙, N๑๖๑, N๑๖๒, N๑๖๓, N๑๖๔, N๑๖๕, N๑๖๖, N๑๖๗, N๑๖๘, N๑๖๙, N๑๗๑, N๑๗๒, N๑๗๓, N๑๗๔, N๑๗๕, N๑๗๖, N๑๗๗, N๑๗๘, N๑๗๙, N๑๘๑, N๑๘๒, N๑๘๓, N๑๘๔, N๑๘๕, N๑๘๖, N๑๘๗, N๑๘๘, N๑๘๙, N๑๑๐, N๑๑๑, N๑๑๘, N๑๑๙, N๑๒, N๑๓๐, N๑๓๑, N๑๓๒, N๑๓๓, N๑๓๔, N๑๓๕, N๑๓๖, N๑๓๗, N๑๓๘, N๑๓๙, N๑๔๐, N๑๔๑, N๑๔๒, N๑๔๓, N๑๔๔, N๑๒๐๐, N๑๒๐๑, N๑๒๐๒, N๑๒๐๓, N๑๒๑๐, N๑๒๑๑, N๑๒๑๘, N๑๒๑๙, N๑๒๕๑, N๑๒๕๒, N๑๒๕๓, N๑๒๕๔, N๑๒๕๕, N๑๒๖, N๑๒๗๐, N๑๒๗๑, N๑๒๗๒, N๑๒๘๐, N๑๒๘๑, N๑๒๘๒, N๑๒๘๓, N๑๒๘๔, Q๖๑๐, Q๖๑๑, Q๖๑๒, Q๖๑๓, Q๖๑๔, Q๖๑๕, Q๖๑๘

ที่มี ๖๐ > eGFR ≥ ๑๕

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

๕. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 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 ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>(A/B) × ๑๐๐</p> <p>คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส</p> <p>ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน</p> <p>วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b)</p> <p>โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ</p>

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสรณจิต อินทร

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

นางสาวอังคณา เหล่าพาน

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทร. ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) โครงการที่ ๒๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต ตัวชี้วัดที่ ๙๑ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ๒. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model) ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนการทำงานของ CKD system manager <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพ - สนับสนุนการทำประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ความตระหนักแก่ประชาชน - สนับสนุนการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (HIS) ให้เชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) - พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มองค์ความรู้เรื่องการเยี่ยมบ้าน - พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - ขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal Dialysis ลงไปใน รพ.ระดับ Fo ที่มีศักยภาพ ๔. กำกับติดตามการดำเนินงานในระดับอำเภอ ๕. พัฒนารูปแบบบริการแบบ New normal
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. สนับสนุนการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) และตำบลจัดการสุขภาพ ๕. มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายระบบส่งต่อและปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่าย ๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>โซเดียมในระดับชุมชน</p> <p>๗. สนับสนุนการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน ระยะขยายผล (CKD Community Model)</p> <p>๘. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษไต/ทีมรักษไต/ชุมชนป้องกันไต</p> <p>๙. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมชมรมเพื่อนโรคไตประจำอำเภอ</p> <p>๑๐. ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (๓) ดี</p> <p>๑๑. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD</p> <p>๑๒. พัฒนารูปแบบบริการแบบ New normal</p>
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน</p> <p>๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน</p> <p>๓. ส่งเสริมการให้ความรู้แก่ประชาชน ภาควิชาเครือข่าย ในการดูแลตนเอง และการชะลอไตเสื่อมในชุมชน</p> <p>๔. การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมลดความเสี่ยงในชุมชน (ชุมชนรักษไต/ชุมชนป้องกันไต)</p> <p>๕. การให้คำปรึกษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ทักษะในการจัดการตนเอง)</p> <p>๖. การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับต่างๆ</p> <p>๗. พัฒนารูปแบบบริการแบบ New normal</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๒๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๒ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

๒. คำนิยาม

ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๔๐๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด และการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลาารอคอย 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

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๔ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๘๕

ปี ๒๕๖๖ :

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: wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕๕@hotmail.com

นางลำยองค์ เชื้อลิ้นฟ้า

โทร. ๐๘๙-๔๒๒-๒๐๙๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาาระบบบริการ สุขภาพ(Service Plan) โครงการ ๒๙ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาจักษุ วิทยา ตัวชี้วัดที่ ๙๒ : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจาก ต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ตรวจสอบยืนยันและวินิจฉัยต้อกระจก ลงทะเบียนและออกวีซ่าผ่าตัด/ จัดระบบคิวผ่าตัดให้ทันเวลา/ผ่าตัดนอกเวลา/รณรงค์ผ่าตัดในวันสำคัญ/ บันทึกVision๒๐๒๐ ๒. มีจักษุแพทย์เพียงพอ/เพิ่มจักษุแพทย์ ๒๕๖๓-๒๕๖๔ /เพิ่มห้องผ่าตัด เป็น ๒ ห้อง/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ๑๐๐% ๓. บันทึกการตรวจยืนยันวินิจฉัย/ลงทะเบียนผ่าตัด/ออกวีซ่าผ่าตัด ตลอดจนผลการรักษาผ่าตัดในโปรแกรมVision๒๐๒๐ ๔. เพิ่มอุปกรณ์ กล้องจุลทรรศน์ตรวจตา/เครื่องมือสลายต้อกระจก กล้อง ผ่าตัด/ชุดเครื่องมือผ่าตัดต้อกระจกทั้งแผลเล็ก แผลใหญ่/ขยายห้องตรวจ ผู้ป่วยนอก/หอผู้ป่วย/เพิ่มการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (ODS) ๕. ระบบการเบิกจ่ายค่าผ่าตัดรายหัวที่เป็นธรรม สปสช./ ปกส./ กรมบัญชีกลาง/อปท. ๖. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ/ผ่าตัดต้อกระจกมาต้องมีใบส่งตัวในสิทธิบัตร ทอง/ประสานองค์กรท้องถิ่น/คณะอนุกรรมการจักษุระดับจังหวัดการประชุม ติดตาม ๗. อปท./ องค์กรเอกชน เช่น สโมสรไลออนส์/มูลนิธิต่างๆ เช่น พอ.สว./ แก้วตาดวงใจ
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ตรวจคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุในพื้นที่ ออกวีซ่าสายตาเพื่อรอการตรวจ ยืนยันวินิจฉัยโดยทีมจักษุ/บันทึกVision๒๐๒๐/Node ผ่าตัดต้อกระจก ๒. มีจักษุแพทย์ ๑ คนในปี๒๕๖๓-๒๕๖๔ (M๒)/มีพยาบาลเวชชตาหรือ พยาบาลด้านตา ๑ คนทุกโรงพยาบาล (M๒: พยาบาลเวชชตา ๒ คน) ๓. บันทึกการตรวจคัดกรอง/ออกวีซ่าสายตาในโปรแกรมVision๒๐๒๐ ๔. จัดหาอุปกรณ์ผ่าตัด (Node ผ่าตัด) กล้องตรวจตา/เครื่องวัดความโค้ง กระจกตา/เครื่องวัดความยาวลูกตา/เครื่องสลายต้อกระจก/ชุดเครื่องมือ ผ่าตัดต้อกระจกทั้งแผลเล็ก แผลใหญ่/เตียงผ่าตัด/ห้องผ่าตัดตา/ยาหยอดตา รักษาโรคตา ๕. มีงบประมาณสนับสนุนการออกตรวจคัดกรอง สปสช./ ค่าตอบแทน ๖. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ/ประสานองค์กรท้องถิ่น/ กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน ในการสร้างแรงโน้มน้าวให้เข้าสู่ระบบรักษา ๗. อปท./ องค์กรเอกชน เช่น สโมสรไลออนส์/ มูลนิธิต่างๆ เช่น พอ.สว.

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้นด้วยตัว E โดย อสม.และส่งต่อผู้ที่สายตาผิดปกติตรวจวัดสายตาซ้ำด้วย Snellen chart/บันทึกVision๒๐๒๐ ๒. อบรมหลักสูตรพยาบาลตา (Eye nurse; อบรมระยะสั้น ๒ สัปดาห์) ครอบคลุมท.สต./ มีผู้รับผิดชอบ(Nurse case Manager) ๓. บันทึกการตรวจคัดกรองสายตาในโปรแกรมVision๒๐๒๐ ๔. มีอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองสายตา E game/Snellen Chart/Ocuder ๕. มีงบประมาณสนับสนุนการออกตรวจคัดกรอง สปสช./ ค่าตอบแทน ๖. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ/ประสานองค์กรท้องถิ่น/ กำหนด, ผู้ใหญ่บ้าน ในการสร้างแรงจูงใจให้เข้าสู่ระบบรักษา ๗. อปท./ ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๓๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๓ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับ A, S)

๒. คำนิยาม

ผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual brain death donor) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองตายครบถ้วนตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะลงในแบบฟอร์มของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาด และได้มีการลงมือผ่าตัดนำอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ ใน ๑ ปีงบประมาณก่อนการรายงานผลตัวชี้วัด (เช่น รายงานตัวชี้วัดปี ๒๕๖๔ ให้ใช้จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๓ เป็นตัวหาร)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (ระดับ A,S)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๒ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๕ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๖ ของแต่ละเขตสุขภาพ

๔. วัตถุประสงค์

เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาล A, S

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมจากศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยและการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก (actual donor) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากทุกสาเหตุ (hospital death) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล ทุกไตรมาส และรวบรวมสรุปผลสิ้นสุดปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมิน

การประเมิน	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
รอบ ๓ เดือน	-	-	-
รอบ ๖ เดือน	-	-	-
รอบ ๙ เดือน	-	-	-
รอบ ๑๒ เดือน	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๒ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๕ ของแต่ละเขตสุขภาพ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ จากอัตราส่วนในปี ๒๕๖๖ ของแต่ละเขตสุขภาพ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางวไลพร ปักกระกา

โทร. ๐๘๑-๙๖๕-๔๓๑๘

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ(Service Plan) โครงการ ๓๐ : โครงการพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ สาขาปลูก ถ่ายอวัยวะ ตัวชี้วัดที่ ๙๓ : อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การพัฒนาสมรรถนะทีมงาน ในการขอบริจาคอวัยวะ ๒. การจัดระบบทีมผู้ประสานงานในแต่ละหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาสารคาม ๓. การดูแลอวัยวะพร้อมการผ่าตัดโดยย้ายผู้บริจาคเข้าหอผู้ป่วยหนัก ๔. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ ในสถานราชการ สถานศึกษา งานกาชาด มมส ราชภัฏ วศม เทคนิค อาชีวะ
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การสร้างเครือข่ายงานบริจาคอวัยวะสู่โรงพยาบาลชุมชนโดยการดำเนินการเชิงรุกสู่โรงพยาบาลชุมชนระดับ MI๒ โกสุม บรบือ และพยัคฆ์ ๒. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประชาสัมพันธ์ โดยการดำเนินการเชิงรุกเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ยื่นความจำนงบริจาคอวัยวะ

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๓๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๔ ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแล
ต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรง ที่เข้ารับการ
บำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสร. V๒ จำแนกเป็น

- ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน ๒-๓
- ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน ๔-๖
- ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน ๒๗ ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบ
สมัครใจบำบัด และรายงานผลการบำบัดในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสด.)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๕
ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแล ต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	ร้อยละ ๖๕

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัด ครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับ การติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	ร้อยละ	≤ ๔๕	๕๕	๖๕	๗๕	๘๕ ≤

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานผลการบำบัดในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสด.)

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ๔ ครั้งเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ

B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ จากหน่วยบริการ ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment: MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางอาภรณ์ ภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายอภิศักดิ์ ลากุล	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาาระบบบริการ สุขภาพ (Service Plan) โครงการที่ ๓๑ : โครงการพัฒนาระบบ บริการบำบัดรักษาผู้ป่วย ยาเสพติด ตัวชี้วัดที่ ๙๔ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตาม เกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมคณะทำงานจังหวัดเพื่อชี้แจงนโยบายและเป้าหมาย การบำบัด ปี ๒๕๖๕ ๒. ประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายเพื่อการบูรณาการ ที่มีประสิทธิภาพ ๓. ร่วมประชุมคณะกรรมการ ศอ.ปส.จ.ม.ค. เพื่อติดตามความก้าวหน้า ๑ ครั้ง/เดือน ๔. จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อเป็นแผนแม่แบบแก่ระดับอำเภอ ๕. ประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ๑ ครั้ง/ ๓ เดือน ๖. สนับสนุนให้ส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่งานยาเสพติดร่วมประชุม/อบรม พัฒนาศักยภาพ/ร่วมงานวิจัย ตามที่เขต และกระทรวงกำหนด ๗. จัดอบรมหลักสูตรมุ่งเน้นเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอและตำบล(CBT BA/BI และ Matrix program) ๘. ถอดบทเรียนด้านบำบัดยาเสพติด ๙. พัฒนาสถานบำบัดยาเสพติดให้ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องทุกแห่ง ๑๐. นิเทศติดตามประเมินผล ๖ เดือน/ครั้ง
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายการบำบัดรายอำเภอปี ๒๕๖๕ ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบและเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบำบัดในชุมชน และสถานศึกษา มากขึ้น ๓. จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบระดับตำบล ๑ ครั้ง/เดือน ๔. ให้การบำบัดตามกระบวนการและบันทึกรายงาน บสต.ใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ครบ ๑๐๐% ๕. ส่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเข้าร่วมอบรม/ประชุมตามที่ จังหวัด/เขตและกระทรวงกำหนด ๖. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล ๒ ครั้ง/ปี

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดตามที่จังหวัด/อำเภอกำหนด</p> <p>๒. ร่วมการค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดและจำแนกประเภทเข้ารับการบำบัดเบื้องต้น</p> <p>๓. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.ยาเสพติด ติดตามช่วยเหลือในระดับ รพสต. ร่วมกับคณะกรรมการ พชอ.</p>

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๓๒ : พัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๕ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริหารฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน

๒. คำนิยาม

การบริหารฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน 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 ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

I ntermediate 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 สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

หมายเหตุ

๑. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา

๒. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน บาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
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 ๓๐-๕๐ เตียง
F๓	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด ๑๐ เตียง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ 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 พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน
๕. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
๒. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์

๕. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑, M๒, F๑, F๒ และ F๓ ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ <u>ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐</u> ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F
รายการข้อมูล ๒	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุก ราย <u>ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐</u>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล ตามรอบการตรวจราชการ

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

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

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๗๕	-	≥ ร้อยละ ๗๕

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๘๐	-	≥ ร้อยละ ๘๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriyab๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕๕@hotmail.com

นางสุทธิรัตน์ บุษดี

โทร. ๐๘๘-๕๖๔-๙๒๑๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ :</p> <p>การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)</p> <p>โครงการ ๓๔ :</p> <p>โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๙๒ : ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ระดับจังหวัด ๒. กำหนดนโยบายให้ รพ. (F๒ขึ้นไป) ทุกแห่ง มี IMC Bed อย่างน้อย ๒ เตียง ๓. จัดทำแนวทางในการดำเนินงานตามแนวทางพัฒนาระบบบริการระยะกลาง (Intermediate Care) ให้ครอบคลุม ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึง ตติยภูมิ ๔. พัฒนาระบบรายงานและการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย จนถึงชุมชน ๕. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน ๖. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ๗. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ๘. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย ๙. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ๑๐. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาระบบบริการ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ การกำหนดข้อบ่งชี้การ Refer กลับจากแม่ข่ายสู่ รพช.และ รพ.สต ๑.๒ มีเครือข่ายจัดการและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมกับสหวิชาชีพ ๑.๓ กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกัน ๒. กำลังคน <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ เพิ่มอัตรากำลังที่สำคัญ เช่น นักกายภาพบำบัด ๒.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะการบริการ ๓. พัฒนาภาพรวมให้มีความพร้อมด้านบริการ <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ สนับสนุนให้มีวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง ๓.๒ มีการกระจายยาจาก รพ.แม่ข่ายลงสู่ รพ.ระดับ F/M ๔. สื่อองค์ความรู้และเทคโนโลยี

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๔.๑ พัฒนาสื่อองค์ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล</p> <p>๔.๒ พัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเชื่อมโยงการรักษาและการฟื้นฟู</p> <p>๕. ระบบข้อมูลสารสนเทศ</p> <p>๕.๑ ทบทวนการสื่อสารทาง Line / COC R ๙/Google drive</p> <p>๖. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล</p> <p>๖.๑ มีการนิเทศติดตามการดำเนินงาน</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ให้ความรู้การฟื้นฟู สมรรถภาพโรคหลอดเลือด สมองแก่ ผู้นำชุมชน, อสม, ผสส ในชุมชนที่รับผิดชอบ</p> <p>๒. เสริมพลังให้ ผู้ดูแล ในเรื่องการดูแล ผู้ป่วยเมื่อกลับไป พักฟื้นที่บ้าน ตาม นโยบายแพทย์ ประจำครอบครัว</p> <p>๓. จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดูแล ต่อเนื่องโดยเชื่อมโยงกับ อบท./อบต</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการดูแล</p> <p>๕. จัดทำแนวทางการปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง</p>

นียมตัวชีวิตตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๓๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๖ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery

๒. คำนิยาม

การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS) หมายถึง การรับผู้ป่วยเข้ามาเพื่อรับการรักษาทันทีหัตถการ 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)	<p>ICD-๑๐ ๒๐๑๐: -</p> <p>ICD-๙-CM ๒๐๑๐:</p> <p>๕๓.๐๐ Unilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>๕๓.๐๑ Other and open repair of direct inguinal hernia</p> <p>๕๓.๐๒ Other and open repair of indirect inguinal hernia</p> <p>๕๓.๐๓ Other and open repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>๕๓.๐๔ Other and open repair of indirect inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>๕๓.๐๕ Repair of inguinal hernia with graft or prosthesis, not otherwise Specified</p> <p>๕๓.๑๐ Bilateral repair of inguinal hernia, not otherwise specified</p> <p>๕๓.๑๑ Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia</p> <p>๕๓.๑๒ Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia</p> <p>๕๓.๑๓ Other and open bilateral repair of inguinal hernia, one direct and one indirect</p> <p>๕๓.๑๔ Other and open bilateral repair of direct inguinal hernia with graft or prosthesis</p> <p>๕๓.๑๕ Other and open bilateral repair of indirect inguinal hernia</p>

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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	ภาวะเลือดออก ผิดปกติทางช่อง คลอด (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	หลอดเลือดดำของ หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ขอด (Esophageal varices, Gastric varices)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: I๘๕.๐ Oesophageal varices with bleeding I๘๕.๙ Oesophageal varices without bleeding I๘๖.๔ Gastric varices I๙๘.๒* Oesophageal varices without bleeding in diseases classified elsewhere I๙๘.๓* Oesophageal varices with bleeding in diseases classified elsewhere ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๔๒.๓๓ Endoscopic excision or destruction of lesion or tissue of Esophagus ๔๓.๔๑ Endoscopic excision or destruction of lesion or

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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	โรคมะเร็งหลอดอาหาร ระยะลุกลามที่อุดตัน (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	ติ่งเนื้อออกลำไส้ใหญ่ (Colorectal polyp)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: D๑๒.๖ Colon, unspecified Polyposis (hereditary) of colon K๖๒.๐ Anal polyp K๖๒.๑ Rectal polyp K๖๓.๕ Polyp of colon ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๔๕.๔๒ Endoscopic polypectomy of large intestine ๔๕.๔๓ Endoscopic destruction of other lesion or tissue of large intestine
๙	นิ่วในท่อน้ำดี (Bile duct stone)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: K๘๐.๐ Calculus of gallbladder with acute cholecystitis K๘๐.๑ Calculus of gallbladder with other cholecystitis K๘๐.๒ Calculus of gallbladder without cholecystitis K๘๐.๓ Calculus of bile duct with cholangitis K๘๐.๔ Calculus of bile duct with cholecystitis K๘๐.๕ Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๑.๘๕ Endoscopic sphincterotomy and papillotomy ๕๑.๘๖ Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube ๕๑.๘๗ Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct ๕๑.๘๘ Endoscopic removal of stone(s) from biliary tract
๑๐	นิ่วในท่อตับอ่อน (Pancreatic duct stone)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: K๘๖.๘ Other specified diseases of pancreas : Calculus ICD-๙-CM ๒๐๑๐:

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (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 K๘๑.๘ Other postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified: postoperative bile duct (common), (hepatic) stricture ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๑.๘๕ Endoscopic sphincterotomy and papillotomy ๕๑.๘๖ Endoscopic insertion of nasobiliary drainage tube ๕๑.๘๗ Endoscopic insertion of stent (tube) into bile duct
๑๒	ภาวะท่อน้ำดีอ่อน ตีบ (Pancreatic duct stricture)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: C๒๕ Malignant neoplasm of pancreas K๘๖.๐ Alcohol-induced chronic pancreatitis K๘๖.๑ Other chronic pancreatitis K๘๑.๘ 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	สิ่งแปลกปลอมใน ทางเดิน อาหาร	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: T๑๘.๑ Foreign body in esophagus

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
	ส่วนตัน (Foreign body of upper Gastrointestinal Tract)	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 destruction or occlusion of fallopian tubes ๖๖.๓๑ Other bilateral ligation and crushing of fallopian tubes ๖๖.๓๒ Other bilateral ligation and division of fallopian tubes Pomeroy operation ๖๖.๓๙ Other bilateral destruction or occlusion of fallopian tubes Female sterilization operation NOS
๑๖	การจัดกระดูกหักให้เข้าที่โดยการผ่าตัดผ่านผิวหนังด้วยแผลขนาดเล็ก (Percutaneous fracture fixation)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: S๔๒.๑ Fracture of scapula S๔๒.๒ Fracture of upper end of humerus S๔๒.๓ Fracture of shaft of humerus S๔๒.๔ Fracture of lower end of humerus S๔๒.๗ Multiple fractures of clavicle, scapula and humerus S๔๒.๘ Fracture of other parts of shoulder and upper arm 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		S๕๒.๖ Fracture of lower end of both ulna and radius S๕๒.๗ Multiple fractures of forearm S๕๒.๘ Fracture of other parts of forearm S๕๒.๙ Fracture of forearm, part unspecified S๖๒.๐ Fracture of navicular [scaphoid] bone of hand S๖๒.๑ Fracture of other carpal bone(s) S๖๒.๔ Multiple fractures of metacarpal bones S๖๒.๗ Multiple fractures of fingers S๘๒.๐ Fracture of patella S๘๒.๑ Fracture of upper end of tibia S๘๒.๒ Fracture of shaft of tibia S๘๒.๓ Fracture of lower end of tibia S๘๒.๔ Fracture of fibula alone S๘๒.๕ Fracture of medial malleolus S๘๒.๖ Fracture of lateral malleolus S๘๒.๗ Multiple fractures of lower leg S๘๒.๘ Fractures of other parts of lower leg S๘๒.๙ Fracture of lower leg, part unspecified S๙๒.๐ Fracture of calcaneus S๙๒.๑ Fracture of talus Astragalus S๙๒.๒ Fracture of other tarsal bone(s) S๙๒.๗ Multiple fractures of foot ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๗๘.๑ Application of external fixator device
๑๗	ฝีคัณฑสูตร (Fistula in ano)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: K๖๐.๓ Anal fistula ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๔๙.๑๑ Anal fistulotomy ๔๙.๑๒ Anal fistulectomy
๑๘	ฝีรอบไส้ตรง ทวาร หนัก (Perirectal, Perianal abscess)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: K๖๑.๐ Anal abscess K๖๑.๑ Rectal abscess K๖๑.๒ Anorectal abscess K๖๑.๓ Ischioanal abscess K๖๑.๔ Intra sphincteric abscess ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๔๙.๐๑ Incision of perianal abscess

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		๕๙.๐๒ Other incision of perianal tissue
๑๙	ฝีเต้านม (Breast abscess)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๖๑ Inflammatory disorders of breast O๙๑.๑ Abscess of breast associated with childbirth ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๘๕.๐ Mastotomy
๒๐	นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesicle stone)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๒๑.๐ Calculus in bladder ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๗.๐ Transurethral clearance of bladder
๒๑	นิ่วในท่อไต (Ureteric stone)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๒๐.๑ Calculus of ureter ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๖.๐ Transurethral removal of obstruction from ureter and renal pelvis
๒๒	นิ่วในท่อปัสสาวะ (Urethral stone)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๒๑.๑ Calculus in urethra ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๘.๐ Urethrotomy ๕๘.๑ Urethral meatotomy
๒๓	ท่อปัสสาวะตีบ (Urethral stricture)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๓๕.๐ Post-traumatic urethral stricture N๓๕.๑ Post infective urethral stricture, not elsewhere classified N๓๕.๘ Other urethral stricture N๓๕.๙ Urethral stricture, unspecified ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๕๘.๕ Release of urethral stricture
๒๔	แผลฉีก หรือแผลปริที่ขอบ ทวาร (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		๔๙.๕๙ Other anal sphincterotomy
๒๕	ความผิดปกติของ อวัยวะที่ได้รับการ ตัดลูกอัณฑะ (Orchidectomy)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: C๖๑ Malignant neoplasm of prostate D๒๙.๒ Benign neoplasm of Testis N๔๐ Hyperplasia of prostate N๔๔ Torsion of testis N๔๕.๐ Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis with abscess N๔๕.๙ Orchitis, epididymitis and epididymo-orchitis without abscess N๕๐.๐ Other disorders of Atrophy of testis N๕๐.๑ Other disorders of Vascular disorders of male genital organs N๕๐.๘ Other specified disorders of male genital organs N๕๐.๙ Disorder of male genital organs, unspecified Q๕๓.๑ Undescended testicle, unilateral Q๕๓.๒ Undescended testicle, bilateral Q๕๕.๒ Other congenital malformations of testis and scrotum ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๖๒.๓ Unilateral orchiectomy ๖๒.๔๑ Removal of both testes at same operative episode Bilateral orchidectomy NOS ๖๒.๔๒ Removal of remaining testis Removal of solitary testis
๒๖	การส่องกล้องโพ รมดลูก (Hysteroscopy) เพื่อรักษาความ ผิดปกติของ อวัยวะในอุ้งเชิง กราน	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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		<p>N๘๐.๑ Endometriosis of ovary N๘๐.๙ Endometriosis, unspecified N๘๔ Polyp of female genital tract N๘๔.๐ Polyp of corpus uteri N๘๔.๑ Polyp of cervix uteri N๘๔.๒ Polyp of vagina N๘๔.๓ Polyp of vulva N๘๔.๘ Polyp of other parts of female genital tract N๘๔.๙ Polyp of female genital tract, unspecified N๘๕ Other noninflammatory disorders of uterus, except cervix N๘๕.๐ Endometrial glandular hyperplasia N๘๕.๑ Endometrial adenomatous hyperplasia N๘๕.๒ Hypertrophy of uterus N๘๕.๓ Subinvolution of uterus N๘๕.๔ Malposition of uterus N๘๕.๕ Inversion of uterus N๘๕.๖ Intrauterine synechiae N๘๕.๗ Hematometra N๘๕.๘ Other specified noninflammatory disorders of uterus N๘๕.๙ Noninflammatory disorder of uterus, unspecified N๙๑ Absent, scanty and rare menstruation N๙๒ Excessive, frequent, and irregular menstruation N๙๓ Other abnormal uterine and vaginal bleeding N๙๔ Pain and other conditions associated with female genital organs and menstrual cycle N๙๕ Menopausal and other perimenopausal disorders N๙๖ Habitual aborted N๙๗ Female infertility N๙๘ Noninflammatory disorders of female genital tract</p> <p>ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๖๘.๑๒ Hysteroscopy</p>
๒๗	การตัดนิ้วมือ (Amputation Finger)	<p>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</p>

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		E๑๑.๕ Non-insulin-dependent diabetes mellitus With peripheral circulatory complications E๑๑.๗ Non-insulin-dependent diabetes mellitus With multiple complications E๑๓.๕ Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E๑๓.๗ Other specified diabetes mellitus with multiple complications E๑๔.๕ Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications E๑๔.๗ Unspecified diabetes mellitus with multiple complications M๘๖.๔๔ Chronic osteomyelitis with draining sinus: Hand, carpus, fingers, metacarpus, joints between these bones M๗๒.๖ Necrotizing fasciitis R๐๒ Gangrene, not elsewhere classified S๖๑.๑ Open wound of finger(s) with damage to nail S๖๒.๖๑ Fracture of other finger: Open S๖๒.๗๑ Multiple fractures of fingers: Open S๖๒.๘๑ Fracture of other and unspecified parts of wrist and hand: Open S๖๘.๐ Traumatic amputation of thumb (complete) (partial) S๖๘.๑ Traumatic amputation of other single finger (complete) (partial) 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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		C๕๐.๒ Upper-inner quadrant of breast C๕๐.๓ Lower-inner quadrant of breast C๕๐.๔ Upper-outer quadrant of breast C๕๐.๕ Lower-outer quadrant of breast C๕๐.๖ Axillary tail of breast C๕๐.๘ Overlapping lesion of breast C๕๐.๙ Breast, unspecified D๐๕ Carcinoma in situ of breast D๐๕.๐ Lobular carcinoma in situ D๐๕.๑ Intraductal carcinoma in situ D๐๕.๗ Other carcinoma in situ of breast D๐๕.๙ Carcinoma in situ of breast, unspecified D๔๘.๖ Neoplasm of uncertain or unknown behavior of other and unspecified sites ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๘๕.๒๑ Local excision of lesion of breast
๒๙	ความผิดปกติของเต้านมที่ รักษาด้วยการผ่าตัดเต้านม (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		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 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 ๘๕.๒๓ Subtotal 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	การตัดนิ้วเท้าในแผล เบาหวานและเนื้อตายที่เท้า (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		<p>complications หรือ</p> <p>E๑๔.๔ Unspecified diabetes mellitus with neurological complications</p> <p>และ Sdx :</p> <p>๗๙.๒* Peripheral angiopathy in diseases classified elsewhere</p> <p><u>กลุ่มที่ ๒</u></p> <p>Pdx :</p> <p>E๑๐.๕ Insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E๑๑.๕ Non-insulin-dependent diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E๑๒.๕ Malnutrition-related diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E๑๓.๕ Other specified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>E๑๔.๕ Unspecified diabetes mellitus with peripheral circulatory complications หรือ</p> <p>๗๔.๓ Embolism and thrombosis of arteries of lower extremities</p> <p><u>กลุ่มที่ ๓</u></p> <p>Pdx :</p> <p>L๐๒.๔ Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of limb หรือ</p> <p>L๐๓.๐ Cellulitis of finger and toe หรือ</p> <p>L๐๓.๑ Cellulitis of other parts of limb</p> <p>และ Sdx :</p> <p>E๑๐.๙ Insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E๑๑.๙ Non-insulin-dependent diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E๑๒.๙ Malnutrition-related diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E๑๓.๙ Other specified diabetes mellitus Without complications หรือ</p> <p>E๑๔.๙ Unspecified diabetes mellitus Without complications</p> <p>ICD-๙-CM ๒๐๑๐:</p> <p>๘๔.๑๑ Amputation of toe</p>

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๓๓	การปลูกถ่าย ผิวหนังใน Granulation Wound	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: M๗๙.๘ Other specified soft tissue disorders ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๘๖.๖๐ Free skin graft, not otherwise specified ๘๖.๖๖ Homograft to skin ๘๖.๖๙ Other skin graft to other sites
๓๔	การทำผ่าตัดเส้น เลือด ขอด (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	การขลิบผิวหนังหุ้ม ปลาย อวัยวะเพศ ชาย (Phimosis, Paraphimosis)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๔๗ Redundant prepuce, phimosis and paraphimosis ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๖๔.๐ Circumcision
๓๖	การผ่าตัดนิ่วและ การอุดตันของ ทางเดินปัสสาวะ (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
๓๗	การผ่าตัดเส้นเลือด ขอด บริเวณถุงอัณฑะ (Varicocele)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐: I๘๖.๑ Scrotal varices ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๖๓.๑ Excision of varicocele and hydrocele of spermatic cord
๓๘	การผ่าตัดปะแก้วหู เพื่อ รักษาหูชั้น กลาง (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	การผ่าตัดเพื่อ รักษาเนื้องอกที่ กล่องเสียง (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

ลำดับ	Diagnosis	รหัสโรค (ICD-๑๐ ๒๐๑๐) / รหัสหัตถการ (ICD-๙-CM ๒๐๑๐)
		<p>J๓๘.๗ Other diseases of larynx J๓๙.๒ Other diseases of pharynx Q๓๑.๘ Other congenital malformations of larynx Q๓๑.๙ Congenital malformation of larynx, unspecified Q๓๔.๘ Other specified congenital malformations of respiratory system</p> <p>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</p>
๔๐	การผ่าตัดเพื่อการรักษาโรคจมูกอักเสบเรื้อรัง (Hypertrophy of turbinate)	<p>ICD-๑๐ ๒๐๑๐: J๓๔.๓ Hypertrophy of nasal turbinates'</p> <p>ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๒๑.๘๗ Other rhinoplasty</p>
๔๑	การผ่าตัดรักษาโรคเกี่ยวกับต่อมบาร์โธลิน (Cyst/abscess of Bartholin's gland)	<p>ICD-๑๐ ๒๐๑๐: N๗๕.๐ Cyst of Bartholin's gland N๗๕.๑ Abscess of Bartholin's gland</p> <p>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</p>
๔๒	การตัดติ่งเนื้อที่มดลูก (Submucous myoma uteri, polyp of corpus uteri)	<p>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</p> <p>ICD-๙-CM ๒๐๑๐: ๖๘.๒๙ Other excision or destruction of lesion of uterus</p>

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	\geq ร้อยละ ๒๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	\geq ร้อยละ ๓๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS	\geq ร้อยละ ๔๐ ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS

๔. วัตถุประสงค์

๑. ลดความแออัดของผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้มีจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องรับไว้เป็นผู้ป่วยใน

๒. ลดระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดสั้นลง

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

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

*หมายเหตุ การคำนวณต่างจากปีที่ผ่านมา ยกตัวอย่างเช่น Hernia เป็นหัตถการที่ผ่าตัด One Day Surgery สูงสุด ดังนั้น สูตรการคำนวณคือ

$$A = \frac{\text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัด One Day Surgery} \times ๑๐๐}{\text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด}}$$

$$B = \text{ผู้ป่วย Hernia ที่ได้รับบริการผ่าตัดทั้งหมด}$$

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	≥ ร้อยละ ๑๐	≥ ร้อยละ ๑๕	≥ ร้อยละ ๒๐

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

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriy๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางณปภา จารุพรรณ

โทร. ๐๙๑-๐๖๔-๐๔๓๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ :</p> <p>การพัฒนากระบวนการ สุขภาพ(Service Plan) โครงการ ๓๓ :</p> <p>โครงการพัฒนาระบบ บริการ one day surgery ตัวชี้วัดที่ ๙๖ :</p> <p>ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัด one day surgery</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)</p> <p>๑.๑ จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ODS&MIS</p> <p>๑.๒ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน reimbursement รายหัตถการ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.</p> <p>๑.๓ วางกรอบการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)</p> <p>๑.๔ จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)</p> <p>๒. พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit</p> <p>๒.๑ สสำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินงานตามโครงการ</p> <p>๒.๒ จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด</p> <p>๒.๓ ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด</p> <p>๒.๔ สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>๒.๕ เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC, ระบบ E-claim และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)</p> <p>๓.๑ ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ใน รพท. และ รพ. ในเขตจังหวัด</p> <p>๓.๒ กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit</p>

นียมตัวชีวิตตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๓๓ : โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๗ ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิวในถุงน้ำดีและหรือ
ถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery :MIS)

๒. คำนิยาม

การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง การผ่าตัดเพื่อทำการรักษา
โรคและอาการเจ็บป่วยโดยบาดแผลที่เกิดจากการผ่าตัดนั้นมีขนาดเล็ก (อาจมีมากกว่า ๑ แผล)แพทย์ผู้ทำ
การผ่าตัดจะใช้อุปกรณ์ที่มีลักษณะเป็นท่อสอดเข้าไปในร่างกายเพื่อทำการผ่าตัด โดยใช้ภาพมุมมองจาก
กล้องวีดีทัศน์ที่ติดไว้กับอุปกรณ์ผ่านจอภาพ เมื่อทำการผ่าตัดเสร็จแล้วจึงทำการเย็บปิดรอยแผลที่เกิดขึ้น
ตามรายการหัตถการแนวทางการรักษาการผ่าตัดแผลเล็ก (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
โรคนิวในถุงน้ำดี และหรือถุงน้ำดี อักเสบ (Symptomatic gallstone/ Cholecystitis)	ICD-๑๐ ๒๐๑๐:	๐๗๐๙๐ Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, no CC
	K๘๐.๐ Calculus of gallbladder with acute cholecystitis	๐๗๐๙๒ Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w mild to mod CC
	K๘๐.๑ Calculus of gallbladder with other cholecystitis	๐๗๐๙๔ Laparoscopic cholecystectomy w closed CDE, w sev to cat CC
	K๘๐.๒ Calculus of gallbladder without cholecystitis	๐๗๑๐๐ Laparoscopic cholecystectomy, no CC
	K๘๐.๓ Calculus of bile duct with cholangitis	๐๗๑๐๒ Laparoscopic cholecystectomy, w mild to mod CC
	K๘๐.๔ Calculus of bile duct with cholecystitis	๐๗๑๐๓ Laparoscopic cholecystectomy, w severe CC
	K๘๐.๕ Calculus of bile duct without cholangitis or cholecystitis	๐๗๑๐๔ Laparoscopic cholecystectomy, w catas CC
	K๘๐.๘ Other cholelithiasis	
	K๘๑.๐ Acute cholecystitis	
	K๘๑.๑ Chronic cholecystitis	
	K๘๑.๘ Other cholecystitis	
	K๘๑.๙ Cholecystitis, unspecified	

โดยการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน มีสาเหตุที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injury หรือ surgical site infection: SSI

๓. เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery :MIS)	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

๔. วัตถุประสงค์

เพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดแผลเล็กที่มาตรฐาน และปลอดภัย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) หมายถึง:ข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับ M๑ ขึ้นไปหรือโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียนผ่านการประเมิน MIS จากกรมการแพทย์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

หน่วยบริการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด ผ่านระบบ Minimally Invasive Surgery Registry

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบ Minimally Invasive Surgery Registry

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่มีการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดโรคนิ่วในถุงน้ำดีและหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery: MIS) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

ปี ๒๕๖๖ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

ปี ๒๕๖๗ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕	< ร้อยละ ๕

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศิริมา วิริยะ

โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

Email: wiriya๒๕๐๙@hotmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวเพราพินิต สอนสิทธิ์

โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

E-mail: nadear_๒๕๕@hotmail.com

นางณปภา จารุพรรณ

โทร. ๐๙๑-๐๖๔-๐๔๓๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ (Service Plan) โครงการ ๓๓ : โครงการพัฒนาระบบ บริการone day surgery ตัวชี้วัดที่ ๘๗ : ร้อยละของการ Re- admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัด โรคนิวในถุงน้ำดีและ หรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery :MIS)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <p>๑. พัฒนาระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)</p> <p>๑.๑ จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ ODS&MIS</p> <p>๑.๒ รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลต้นทุน reimbursement รายเหตุการณ์ ODS จากหน่วยบริการที่เกี่ยวข้องและประชุมข้อตกลง Reimbursement ที่เหมาะสมกับ สปสช.</p> <p>๑.๓ วางกรอบการปฏิบัติและการคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของการให้บริการ (Patient Selection Criteria and Guideline for Patient safety)</p> <p>๑.๔ จัดทำเกณฑ์ประเมินศักยภาพโรงพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One Day Surgery)</p> <p>๒. พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit</p> <p>๒.๑ สํารวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินงานตามโครงการ</p> <p>๒.๒ จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด</p> <p>๒.๓ ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด</p> <p>๒.๔ สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนผ่านช่องทางต่างๆ</p> <p>๒.๕ เชื่อมโยงการรายงานการให้บริการ ODS กับระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข กองทุนสุขภาพ และรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาล (ระบบ HDC, ระบบ E-claim และระบบ Risk Management ในโรงพยาบาล)</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาล การบริการผ่าตัดแบบวันเดียว (One day Surgery)</p> <p>๓.๑ ประเมินผลการดำเนินงาน One Day Surgery ใน รพท. และ รพ.ในเขตจังหวัด</p> <p>๓.๒ กำหนดอัตรากำลังและจัดหลักสูตรการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับการพัฒนา One Day Surgery Unit</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : Service Excellence การพัฒนาระบบบริการให้เป็นเลิศ

แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โครงการที่ ๓๔ : โครงการกัญชาทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๘. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
แบบบูรณาการ

๙๘.๑ ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

แบบบูรณาการ

๙๘.๒ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์

แบบบูรณาการ

๙๘.๓ ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์

๒. คำนิยาม

๑. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมาย ล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

๒. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง

๒.๑ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยากัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และ กฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

๔. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

๕. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD๑๐ Z๕๑.๕)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
รพ.สังกัด สป.สธ.	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
สถานพยาบาล เอกชน	เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๕ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๐ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๕ แห่ง
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการ รักษาด้วยยาแก้ปวด ทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
๒. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงาน
ความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการ
ร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
๒. จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ เฉพาะกัญชา
๓. รวบรวมจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุน
บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงาน
ความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่าง
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
๒. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข
๓. ฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ เฉพาะกัญชา จากสำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูลที่ ๑ สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

A๑ = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

A๒ = จำนวนเขตสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน
โรงพยาบาลเอกชน (๑๒ เขต)

ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์

A๓ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชา
ทางการแพทย์

รายการข้อมูล ๒ สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

B๑ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สำหรับสถานพยาบาลเอกชน

B๒ = จำนวนเขตสุขภาพ

ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์

B๓ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

๔๘.๑ ร้อยละของ รพ. สังกัด สป. สธ. ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณา
การ = $(A๑/B๑) \times ๑๐๐$

๔๘.๒ ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบ
บูรณาการ = $(A๒/B๒) \times ๑๐๐$

๔๘.๓ ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ = $(A๓/B๓) \times$
๑๐๐

ระยะเวลาการประเมินผล ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๕

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบ รส.สป. กรมสบส.,สถาบันกัญชาฯ)</p> <p>๒. มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมความรู้ การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชาฯ)</p>	<p>๑. รพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>๒. ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ สถาบันกัญชา สป.)</p> <p>๓. มีระบบสารสนเทศสนับสนุนคลินิกบูรณาการ ลดความซ้ำซ้อน (อย กบรส ศทส)</p> <p>๔. มีแผนการเปิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p>	<p>๑. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการใน รพ. สังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ (กบรส.สป. กรมการแพทย์ แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p> <p>๒. มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการใน รพ.สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ (กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p>	<p>๑. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๗๐ (กบรส.สป. กรมการแพทย์ แผนไทยฯ กรมการแพทย์)</p> <p>๒. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการใน โรงพยาบาล สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๗๐</p> <p>๓. มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและ/หรือแพทย์แผนไทย ในสถานพยาบาล เอกชน เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง โดยดำเนินการใน ๑๒ เขตสุขภาพ (กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมการแพทย์ กรม สบส.)</p> <p>๔. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕</p>

วิธีการประเมินผล :

๑. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
๒. ข้อมูลจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
๓. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวเพราพิณิต สอนสิทธิ์
มือถือ ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

นักวิชาการสาธารณสุข สสจ.มหาสารคาม
E-mail : nadear_๒๕๕@hotmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ(Service Plan) โครงการที่ ๑๓ : โครงการรักษาทาง การแพทย์ ตัวชี้วัดที่ ๙๔ : ชื่อ จำนวนคลินิกการ ให้บริการรักษาทาง การแพทย์แผนปัจจุบัน และแผนไทย</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ แผนปัจจุบันและแผนไทยระดับจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้รักษาทาง การแพทย์ ๓. พัฒนาแนวทางการให้บริการคลินิกการให้บริการรักษาทางการแพทย์ แบบผสมผสานแผนปัจจุบันและแผนไทย ๔. สื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสม แก่ประชาชนและบุคลากรทางสาธารณสุข ๕. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล C-MOPH การใช้รักษาทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถประเมินวิเคราะห์ และวางแผนการให้บริการที่เหมาะสม ๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากร
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ ประชาชน
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สื่อสารความรู้เรื่องการมารับบริการทางการแพทย์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่ ประชาชน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙๙ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

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

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑

“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๘

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

มาตรฐาน ๔๓ เพิ่มกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ระดับ F๒ ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น

๑. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากเพิ่ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน
๒. ระยะเวลาจากเพิ่ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION
๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากเพิ่ม ACCIDENT

๕. รายการข้อมูล

๖.

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ร้อยละ ๘

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 : นางสรณจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและระบบส่งต่อ ตัวชี้วัดที่ ๙๙ : อัตราการเสียชีวิตของผู้ เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ Fl๒ ขึ้น ไป (ทั้งที่ ER และ Admit)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 และวินิจฉัย และการส่งต่อ ๗ พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มี complication ๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ๒.มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ๓.พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ๔.พัฒนาศักยภาพในการ รับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้ ๕.เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สามารถคัดกรองประเมินวินิจฉัยเบื้องต้นได้ ๒. มีการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ๓. มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ๔. จัดทำคู่มือประชาชน, ให้ความรู้แก่ประชาชน ๕. มีความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าได้

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๐ ตัวชี้วัด อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐๑ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล

๒. คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)

หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดการบริการ 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

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ท้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น

Triage Level ๑

“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในท้องฉุกเฉิน

“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑๐๐. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
๑๐๑. อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันทเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

มาตรฐาน ๔๓ เพิ่มกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ระดับ A,S,M๑

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น

๑. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัส บัตรประชาชน
๒. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION
๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิต ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล ๒ : อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑ ,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายใน ๒ ชม.
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑ ,๒ ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัด ๑๐๐ : อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๒%	-	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ < ๑๒%

เกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดรอง ๑๐๑ : อัตราของผู้ป่วย triage level ๑,๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล

ปี ๒๕๖๕ :

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

วิธีการประเมินผล : โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาล ฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ 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 : นางสรณจิต อินทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๘๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและระบบส่งต่อ ตัวชี้วัดที่ ๑๐๑ : อัตราการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (Trauma<๑๒%, Non-trauma<๑๒%)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 และวินิจฉัย และการส่งต่อ ๗. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มี complication ๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ๒. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ๔. พัฒนาศักยภาพในการ รับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้ ๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของ ทีมเจ้าหน้าที่
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยเบื้องต้นได้ ๒. มีการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น ๓. มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล ๔. จัดทำคู่มือประชาชน, ให้ความรู้แก่ประชาชน ๕. มีความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าได้

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒ ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ

๒. คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)

หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (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

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑

“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ๘๐	ร้อยละ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันท่วงที ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

การประเมินมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (ECS คุณภาพ)
ทั้ง ๒ มิติ

มิติที่ ๑. การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

มิติที่ ๒. การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน ๑๒ องค์กรประกอบ

องค์กรประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่

องค์กรประกอบที่ ๒ บุคลากร

องค์กรประกอบที่ ๓ การรักษาพยาบาล

องค์กรประกอบที่ ๔ MCI and Disaster management

องค์กรประกอบที่ ๕ Referral system

องค์กรประกอบที่ ๖ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง(Access to Other Specialist Consultation)

องค์กรประกอบที่ ๗ ระบบสนับสนุน

องค์กรประกอบที่ ๘ Pre – hospital EMS Intervention

องค์กรประกอบที่ ๙ ระบบบริหารจัดการ

องค์กรประกอบที่ ๑๐ Inform-ation system

องค์กรประกอบที่ ๑๑ การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)

องค์กรประกอบที่ ๑๒ การศึกษาและวิจัย

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน

อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐)
ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

ปี ๒๕๖๕ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๘๐	-	ร้อยละ ๘๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวณัจจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและระบบส่งต่อ ตัวชี้วัดที่ ๑๐๒ : ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.ชี้แจงแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับ ต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๒.แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ECS คุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม และ เยี่ยมสำรวจ (External survey) ทุกโรงพยาบาล ๓.จัดทำแผนพัฒนาสถานบริการทุกระดับทั้งด้านบุคลากร สถานที่ ให้บริการ เครื่องมือ และอุปกรณ์ โดยบูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ๔.บูรณาการข้อมูลในจังหวัด โดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก ๕.นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.มีแผนพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินครบวงจรบรรจุในแผน ยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ๒.ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ตามแบบประเมินระบบ รักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบถึง จุดอ่อนที่ต้องแก้ไขและพัฒนา ๓.มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ <ol style="list-style-type: none"> ๑) จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก ๒) รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จาก ห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๓) วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๔) Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะเสนอ ผู้บริหาร ๕) วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ ๖) นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ๗) ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน ๔.จัดเก็บรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบโดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p style="text-align: center;">- ไม่มี -</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๓ 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 โดยการพัฒนา ระบบ 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
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 :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ประเมินและติดตามในไตรมาสที่ ๔

เกณฑ์การประเมิน

ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

ปี ๒๕๖๕ :

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 มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชีวิต

๑.๒ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล มาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (output) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ

๑.๓ นำข้อมูลจากข้อ ๑.๑ - ๑.๒ มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามเพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสรณจิต อินทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาาระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจรและ ระบบส่งต่อ โครงการที่ : ๓๕ โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจรและ ระบบส่งต่อ ตัวชี้วัดที่ : ๑๐๓ ร้อยละของ โรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ชี้แจงนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด ๓. มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ <ol style="list-style-type: none"> 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
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ ER คุณภาพ
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p style="text-align: center;">- ไม่มี -</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. คำนิยาม

ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดมหาสารคาม

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๖.๕

๔. วัตถุประสงค์

- เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน
- เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูล

โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินใน โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

๒. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับ A, S และ M๑ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ปี ๒๕๖๕ :

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 : นางสรณัญจิต อินศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
มือถือ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบส่งต่อ โครงการที่ ๓๕ : โครงการพัฒนาระบบ บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ครบวงจรและระบบส่งต่อ ตัวชี้วัดที่ ๑๐๔ : ร้อยละของประชากร เข้าถึงบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด/ คณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม ๒. ประชุมคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและ คณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม ๓. การขยายงานการแพทย์ฉุกเฉินไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔. สนับสนุนการบริหารจัดการ และควบคุมคุณภาพการสื่อสารและสั่งการ ของศูนย์ประสานงานการรับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด (อบจ.มหาสารคาม) ๕. พัฒนาบุคลากรงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ๖. ตรวจสอบประเมินคุณภาพ มาตรฐานยานพาหนะในระบบ EMS และ การให้บริการของหน่วยปฏิบัติการ ๗. การจัดสรรงบประมาณจ่ายค่าชดเชยปฏิบัติการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ ๘. พัฒนาระบบสื่อสาร สารสนเทศในระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๙. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรายงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๐. ตรวจสอบประเมินคุณภาพและตรวจสอบการจ่ายค่าชดเชยบริการ ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๑. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙ ๑๒. ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการ ๑๖๖๙
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลทุกระดับอย่าง ทัวถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมี ประสิทธิภาพ ๒. พัฒนาระบบ EMS ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการ ดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งใน ภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาสมัคร ฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) /อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙ ๕. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานในระบบ EMS ในระดับ ตำบล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. จัดบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดให้มีเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในงาน ER ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ ประเด็น ๔.๒.๒ ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา หมุนเวียน)</p> <p>๒. ประสานงานกับ อปท.ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่บริการ</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) /อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)/ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความสามารถในการแจ้งเหตุ ในระบบ ๑๖๖๙ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ (ตามหลักสูตร อฉช.)</p> <p>๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่ ๓๖ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๕ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๑๐๕.๑ ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (มีการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลมาตรฐานกรมอนามัย)

๒. คำนิยาม

การดำเนินงานของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ เพื่อการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยมีภาคีเครือข่ายร่วมกันทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่และนำมาวางแผนการดำเนินโครงการ และการกำกับติดตามเพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยใช้กระบวนการขับเคลื่อนโครงการผ่าน “ตำบลจัดการสุขภาพ เพื่อการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี” โดยมีมาตรการสำคัญในการดำเนินงาน คือ

๑. จัดระบบสุขาภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลในทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต. ที่สามารถดำเนินการได้

๒. จัดการเรียนรู้การสอนในโรงเรียน และสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน และประชาชน

๓. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้รักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และสนับสนุนส่งเสริมให้มีการตรวจมูลสัตว์เลี้ยงในบ้าน สุนัข/แมว หากตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ต้องให้การรักษาโดยสัตวแพทย์ในพื้นที่

๔. คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีประวัติเสี่ยงด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

๕. บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ

๖. รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทของพื้นที่

๗. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแล ประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสาน ทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก

๘. รายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดและในฐานข้อมูล Isan cohort /HDC

๙. พัฒนานวัตกรรม วิชาการในพื้นที่โดยการใช้ข้อมูลในการดำเนินการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การกำจัดสิ่งปฏิกูล และมาตรการอื่นๆที่เกี่ยวข้องมาพัฒนาเป็นงานวิจัย (R๒R) ส่งต่อการปรับปรุงแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	รวมจำนวน 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 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย จำนวน ๒๑ ตำบล ๆ ละ ๑๐๐ ราย ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ อายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

๖.๓ สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๑๕๐ โรงเรียน

๖.๔ ประสาน อปท.ในพื้นที่เป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมและจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลง/มาตรการ หรือเอกชนจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะและสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ ในการสื่อสารสาธารณะ/ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีให้แก่ประชาชน

๖.๖ บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัย

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ โทร ๐๘๑ ๙๖๔ ๗๘๗๙

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ</p> <p>โครงการที่ ๓๖ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๐๕ : ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่ดำเนินงานและผู้ประกอบการร้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านจากปลา น้ำจืดเกล็ดขาว ๓. พัฒนางองค์ความรู้ด้านวิชาการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ๔. จัดระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามยุทธศาสตร์ ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๕. ติดตาม กำกับกับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC ๖. จัดหา/สนับสนุนการดำเนินงาน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ ชุดคัดกรองพยาธิฯ ให้แก่พื้นที่เป้าหมาย
<p>๑๐๕.๑) ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (มีการสร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลมาตรฐานกรมอนามัย)</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามมาตรการ ๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง ๓. พัฒนาทีมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม ๔. สนับสนุนการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย ๕. จัดระบบการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยด้วยการทำ CT/MRI เพื่อการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดและเสริมด้วยเคมีบำบัดที่เหมาะสม ๕. ประสาน ติดตามการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลประคับประคอง (palliative care) ทุกรายโดยการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านทีมหมอครอบครัว (Family care team)

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>๖. นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานให้เป็นไปตามตัวชี้วัด/การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC</p> <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>ตาม ๕ มาตรการ</p> <p>๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง/ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓. จัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม</p> <p>๔. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดย</p> <p>๔.๑ ให้บริการตรวจอุจจาระประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับในตำบลเป้าหมาย จำนวน ๑๐๐ ราย ให้การรักษาผู้ตรวจพบพยาธิฯ ทุกราย ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องโดยใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม</p> <p>๔.๒ ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ส่งต่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป</p> <p>๔.๓ รายงานในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข/ระบบฐานข้อมูล Isan cohort/HDC</p> <p>๕. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก</p> <p>๖. ประสาน/สนับสนุน อปท. ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิผ่านเทศบาล/อบต.</p> <p>๗. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กและเยาวชน</p> <p>๘. สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยในชุมชน</p> <p>๙. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

โครงการที่ ๓๖ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๖ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE

๒. คำนิยาม

ระดับความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ทั้งหมด ๕ กิจกรรม ดังนี้

ที่	กิจกรรม
๑	<p>- การรับสมัครสมาชิกและการบันทึกข้อมูลชมรม TO BE NUMBER ONE ในโปรแกรม</p> <p>๑.๑ มีข้อมูลการรับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE ผ่านโปรแกรมของจังหวัด (๐.๒๕ คะแนน)</p> <p>๑.๒ มีการบันทึกข้อมูลชมรม TO BE NUMBER ONE ผ่านโปรแกรมของจังหวัด ร้อยละ ๑๐๐ และมีการดำเนินกิจกรรมชมรมทุกเดือนตามยุทธศาสตร์ (๐.๒๕ คะแนน)</p> <p>- การสมัครสมาชิกนิตยสารและการแสดงสัญลักษณ์ TO BE NUMBER ONE</p> <p>๑.๓ เป็นสมาชิคนิตยสาร TO BE NUMBER ONE ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด (๐.๒๕ คะแนน)</p> <p>๑.๔ มีการแสดงสัญลักษณ์วัน TO BE NUMBER ONE โดยการสวมเสื้อ TO BE NUMBER ONE (๐.๒๕ คะแนน)</p>
๒	<p>- การรณรงค์สร้างกระแสและการพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE</p> <p>๒.๑ มีการรณรงค์สร้างกระแสกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ตามเทศกาลท้องถิ่นอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๒.๒ มีการพัฒนาศักยภาพสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE (CAMP For LEADER) อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (๐.๕ คะแนน)</p>
๓	<p>- การเข้าร่วมกิจกรรมการประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL และ TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERCISE</p> <p>๓.๑ มีการเข้าร่วมกิจกรรมประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๓.๒ มีการเข้าร่วมกิจกรรมประกวด TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERCISE (๐.๕ คะแนน)</p>
๔	<p>- การเข้าร่วมกิจกรรมประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE</p> <p>๔.๑ มีการเข้าร่วมกิจกรรมประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา อย่างน้อย ๑ ชมรม (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๔.๒ มีการเข้าร่วมกิจกรรมประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชน อย่างน้อย ๑ ชมรม (๐.๕ คะแนน)</p>

ที่	กิจกรรม
๕	- การดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ๕.๑ มีคำสั่งคณะกรรมการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ(๐.๒๕ คะแนน) ๕.๒ มีการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานในระดับจังหวัด สู่ การปฏิบัติ(๐.๒๕ คะแนน) ๕.๓ มีการจัดทำ MOU การดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ(๐.๒๕ คะแนน) ๕.๔ มีการเข้าร่วมกิจกรรมการประกวดอำเภอ TO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัด(๐.๒๕ คะแนน)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE	ระดับ ๕ (๕ คะแนน)	ระดับ ๕ (๕ คะแนน)

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้พื้นที่มีการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมกิจกรรมระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล : จากการประเมิน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ความสำเร็จในการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE	
รายการข้อมูล ๑	การรับสมัครสมาชิก /การบันทึกข้อมูลชมรม TO BE NUMBER ONE ในโปรแกรม /การสมัครสมาชิกนิตยสารและการแสดงสัญลักษณ์ TO BE NUMBER ONE
รายการข้อมูล ๒	การรณรงค์สร้างกระแสและการพัฒนาสมาชิก TO BE NUMBER ONE
รายการข้อมูล ๓	การเข้าร่วมกิจกรรมการประกวด TO BE NUMBER ONE IDOL และ TO BE NUMBER ONE
รายการข้อมูล ๔	การเข้าร่วมกิจกรรมประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE
รายการข้อมูล ๕	การดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล ข้อละ ๑ คะแนน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางธัญญธร วัฒนามัย

โทร. ๐๙๔-๒๕๑-๒๐๕๒

นางสาววิไลวรรณ สุทธิ

โทร. ๐๘๖-๒๓๖-๙๗๙๔

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๗ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๑๐๗.๑ เมืองสมุนไพรได้รับการพัฒนาด้านเกษตรวัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและการแพทย์แผนไทยผ่านเกณฑ์ประเมิน

ตัวชี้วัดที่ ๑๑๐ มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ ๑๑๒ มูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาร้อยละ ๕

๒. คำนิยาม

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย 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 จังหวัดอื่นๆ ที่นอกเหนือจากจังหวัดเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด

ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย

มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายยาสมุนไพรในสถานพยาบาล สาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ๕ ข้อ

ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. จำนวนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับรอง GAP/Organic เพิ่มขึ้น	อย่างน้อย ๑ แปลง/อำเภอ	
๒. มีแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐	
๓. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอำเภอ อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์	อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์	
๔. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๓	
๕. ร้อยละของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด ≥ ร้อยละ ๖	≥ ร้อยละ ๖	

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดำเนินงานเมืองสมุนไพรของจังหวัดมหาสารคามในภาพรวม ทุกส่วนการพัฒนาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ต้นทาง การส่งเสริมเกษตรกรปลูกสมุนไพรเพื่อเสริมรายได้ กลางทาง การส่งเสริมการผลิตยาและภัณฑ์สมุนไพรเพื่อสุขภาพ และปลายทาง ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระบบ บริการสุขภาพ

๔.๒ เพื่อให้กลุ่มวิสาหกิจชุมชนในพื้นที่ หรือสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการพัฒนา ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรเพื่อจำหน่าย หรือใช้ในสถานบริการสาธารณสุข

๔.๓ เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติเพิ่มขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพร / ข้อมูลการผลิต/การแปรรูปสมุนไพร/การขายสมุนไพรในพื้นที่

๕.๒ ข้อมูลจากแผนการจัดซื้อยาสมุนไพรของโรงพยาบาล เทียบกับการเบิกใช้ยาสมุนไพรจริงของ ปีงบประมาณนั้นๆ

๕.๓ ผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่ผลิตในพื้นที่และใช้ในสถานบริการสาธารณสุขหรือวางจำหน่ายสำหรับ ประชาชนทั่วไป

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 เกษีชรชำนาญการ | โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ |
| ๓. นายสุริยา ชันทชาติ แพทย์แผนไทย | โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรม การแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ความงาม และ แพทย์แผนไทย โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ ๑๐๗ : ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาเมือง สมุนไพร</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๒. การแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ การดำเนินงานด้านการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p> <p>๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด</p> <p>๓. ส่งเสริมและพัฒนากิจการปลูกสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GAP/Organics/PGS</p> <p>๔. พัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในวิสาหกิจชุมชนเพื่อตอบสนองการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ตามความต้องการของตลาด</p> <p>๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในรูปแบบยา เครื่องสำอาง และ ผลิตภัณฑ์อื่นๆ</p> <p>๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร</p> <p>๗. การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการทดแทนยาแผนปัจจุบัน</p> <p>๘. มีการบูรณาการร่วมกับงานสิ่งแวดล้อม, การประชาสัมพันธ์จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>๙. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการประชุมติดตามคณะกรรมการเมืองสมุนไพร และ การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง</p>
<p>๑๐๗.๑ : เมืองสมุนไพรได้รับการ พัฒนาด้านเกษตร วัตถุดิบสมุนไพร อุตสาหกรรมสมุนไพร การท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ความงาม และการแพทย์แผน ไทยผ่านเกณฑ์ ประเมิน ตัวชี้วัดที่ ๑๑๐ : มูลค่าการใช้ยา สมุนไพรในเมือง</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ</p> <p>๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ</p> <p>๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย</p> <p>๔. ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกษตรกรที่ต้องการปลูกสมุนไพรในพื้นที่</p> <p>๕. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน หรือสถานบริการ สาธารณสุขในพื้นที่</p> <p>๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร หรือการแพทย์แผนไทยใน พื้นที่</p> <p>๗. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบุคลากรทางการแพทย์แผน ปัจจุบัน</p> <p>๘. ติดตามผลการดำเนินงานโดยการบูรณาการร่วมกับการออกนิเทศงานด้านแพทย์ แผนไทย</p>

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>สมุนไพรมะพร้าวและจังหวัด ในเขตสุขภาพ เพิ่มขึ้น ๑๑๒ : มูลค่าการ บริโภคผลิตภัณฑ์ สมุนไพรมะพร้าวในประเทศไทย เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๕</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ๓. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. การส่งเสริมและพัฒนาการปลูกสมุนไพรมะพร้าว ๕. การพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรมะพร้าว ๖. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพรมะพร้าว และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรมะพร้าว ๗. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรมะพร้าวทดแทนยาแผนปัจจุบัน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐๘ ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
ตัวชี้วัดที่ ๑๐๙ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

๒. คำนิยาม

รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย หมายถึง รายได้รวมที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย รายได้ที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร และบริการการแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน ๔ ประเภท ได้แก่

- ๑) บริการรักษาพยาบาล (Medical Service)
- ๒) บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness)
- ๓) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product)
- ๔) ศูนย์วิชาการทางการแพทย์ (Academic)

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานที่ตั้งขึ้นเพื่อดำเนินกิจการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ดังต่อไปนี้

กิจการสปา ได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือการอาบน้ำ นวดหรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ยกเว้นการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลเอกชน/หน่วยงานสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และการนวด/การอบตัวที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ สปา นวดเพื่อสุขภาพหรือนวดเพื่อเสริมความงาม ที่ดำเนินธุรกิจในด้านนวดสุขภาพ หรือ การให้บริการเพื่อสุขภาพ โดยการเพิ่มการจัดกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Wellness Services) พัฒนาบริการจากเดิมที่เน้นการผ่อนคลายและสุขสบาย (Pampering Services) ไปสู่การบริการเพื่อสุขภาพ ในลักษณะการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวม (Wellness Services) และสถานประกอบการสามารถให้บริการเสริมสร้างสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างมีคุณภาพ พร้อมรองรับกลุ่มนักท่องเที่ยว ผู้สูงอายุ และกลุ่มนักท่องเที่ยวที่ให้ความสำคัญกับการท่องเที่ยวควบคู่กับการดูแลสุขภาพของตนเอง

มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง สถานประกอบการ จะต้องดำเนินการจัดสถานประกอบการให้ได้มาตรฐาน ตามมาตรา 26 แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ได้แก่ มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดเพิ่มขึ้น
ร้อยละ ๕

ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔
๑. บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการพัฒนาระดับเพิ่มขึ้น		
๑.๑ บุคลากรสาธารณสุข	ร้อยละ ๘๐	
๑.๒ บุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเอกชน	ร้อยละ ๕๐	
๒. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการตรวจประเมินผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น		
๒.๑ สถานบริการสุขภาพภาครัฐ	ร้อยละ ๑๐๐	
๒.๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ร้อยละ ๕๐	
๓. มีการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	อย่างน้อย ๑ ช่องทาง	
๔. มีจำนวนผู้รับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและสถานบริการสุขภาพด้านการนวดไทยเพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๕	
๕. มีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย \geq ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรนวดให้มีความรู้ความสามารถเพิ่มมากขึ้น เพื่อการบริการที่ได้มาตรฐาน

๔.๒ เพื่อให้มีการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ในจังหวัดมหาสารคาม

๔.๓ เพื่อให้มีจำนวนผู้รับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและสถานบริการสุขภาพด้านการนวดไทยเพิ่มขึ้น

๔.๔ พัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่ท่องเที่ยวเป้าหมายที่ผ่านมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามที่กฎหมายกำหนดให้ได้รับมาตรฐานการท่องเที่ยว และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ ข้อมูลการให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียน ในจังหวัด
มหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณ $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล

A = จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามที่
ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้งหมดในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|--|------------------|
| ๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗ |
| ๒. นางรัฐวดี โคตรนิรันทร์ เกษีกรชำนาญการ | โทร. ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ |
| ๔. นางสาวรัตนพร เสนาลาด เกษีกรชำนาญการ | โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔ |
| ๓. นายสุรียา ชันทชาติ แพทย์แผนไทย | โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ ครบวงจร การท่องเที่ยว เชิงสุขภาพ ความงาม และ แพทย์แผนไทย โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ :</p> <p>๑๐๘. ร้อยละที่ เพิ่มขึ้นของรายได้ จากการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด ๒. ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อคัดเลือกคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับจังหวัด ๓. การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการนวดไทย ทั้งบุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรในสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ ๔. การตรวจประเมินมาตรฐานการนวดไทยทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. จัดทำข้อมูลด้านปริมาณการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ๖. ส่งเสริมให้มีการยกระดับพัฒนาสถานประกอบการด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐานและทำ Business matching ในระดับจังหวัด ๗. การประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในระดับจังหวัด ๘. การติดตามผลการดำเนินงานจากการสอบถามผู้ประกอบการทุกสิ้นปี ปะการรวบรวมข้อมูลจากสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชน
<p>๑๐๙. อัตราการ เพิ่มขึ้นของจำนวน สถานประกอบการ ด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่ กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ (ชุดเดียวกับคณะกรรมการเมืองสมุนไพร) ๒. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้นโยบายและภารกิจ ๓. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย ๔. จัดทำข้อมูลด้านปริมาณการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข ๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น ๕. เตรียมความพร้อมการประเมินมาตรฐานการนวดไทย ๖. การติดตามผลการดำเนินงานจากสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในพื้นที่

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <p>๑. นำแนวทางการดำเนินงานไปถือปฏิบัติในระดับพื้นที่ ภายใต้ต้นนโยบายและภารกิจ</p> <p>๒. ดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนดให้สอดคล้องกับนโยบาย</p> <p>๓. เข้าร่วมคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ</p> <p>๔. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้ครอบคลุม เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หรือการอบรมภายในระดับอำเภอ เป็นต้น</p> <p>๕. เตรียมความพร้อมการประเมินมาตรฐานการนวดไทย</p>

นิตยสารตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ ๑๑ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

โครงการที่ ๓๗ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๑ ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ template จากกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้าน

สุขภาพ

นิตยามตัวชี้วัดและ
มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรให้เป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓ ร้อยละของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคน หมายถึง เครือข่ายบริการมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของเครือข่ายมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับการบริการสุขภาพประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ รวมทั้งการพัฒนาสู่การบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ

การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง หน่วยงานมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ในทุกระดับสถานบริการประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากร ทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ ๕ ปี ครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุขกลุ่มสายวิชาชีพ ๓ กลุ่มวิชาชีพ ดังนี้

๑.๑. สายวิชาชีพหลัก มี ๙ กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ ๑) แพทย์ ๒) ทันตแพทย์/นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)/เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ๓) เภสัชกร/เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๔) พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค ๕) นักกายภาพบำบัด ๖) นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ๗) นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ ๘) นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ (พยาธิวิทยา/เซลล์วิทยา) ๙) นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข

๑.๒ สายวิชาชีพเฉพาะมี ๔ กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ ๑) นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์ ๒) แพทย์แผนไทย/เจ้าพนักงานสาธารณสุข (อายุรเวท) ๓) นักวิชาการสาธารณสุข (เวชสถิติ)/เจ้าพนักงานเวชสถิติ ๔) นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร/โภชนาการ

๑.๓ สายสหวิชาชีพ มี ๖ กลุ่มวิชาชีพ ได้แก่ ๑) ช่างทันตกรรม ๒) นักกิจกรรมบำบัด/นักอาชีวบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีวบำบัด ๓) นักจิตวิทยา/จิตวิทยาคลินิก ๔) นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ๕) นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย ๖) นักปฏิบัติงานฉุกเฉินการแพทย์/เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน (ยกเว้นสายงานที่ไม่ผลิตในทุกสถาบันหลัก และ/หรือไม่มีในหน่วยงาน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการโสตทัศนศึกษา/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา ช่างภาพการแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล)

องค์ประกอบที่ ๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง

กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในหน่วยงาน(ภาพรวมจังหวัด) และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในหน่วยงาน

องค์ประกอบที่ ๓ การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง

กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์จังหวัด/เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศโดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

องค์ประกอบที่ ๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง

กระบวนการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ซึ่งตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

๔.๑ จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้

๔.๑.๑ การวางแผนอัตรากำลัง

๔.๑.๒ พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร

๔.๑.๓ บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก

๔.๑.๔ การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร

๔.๑.๕ การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร

๔.๑.๖ การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

๔.๒ การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ ๒ รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

องค์ประกอบที่ ๕ การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม โดยวัดจากสัดส่วนของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของเครือข่ายบริการ(CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์กรประกอบ ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์กรประกอบ ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์กรประกอบ ร้อยละ ๑๐๐

รายละเอียดเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

องค์กรประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
๑. การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน	๑. กระบวนการจัดทำแผน ๑.๑ แผนความต้องการกำลังคน (จำนวนที่สอดคล้องกับแผนกำลังคนของหน่วยงาน) โดยมี ความครอบคลุมบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มสายวิชาชีพ ๑.๒ แผนพัฒนาบุคลากรของและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (๔ Excellence ตามยุทธศาสตร์ ๒๐ ปี)	๑. มีแผนความต้องการกำลังคนในสายงานที่มีความขาดแคลนของหน่วยงาน ๒. มีแผนพัฒนาบุคลากรที่เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence	ผ่านเกณฑ์ในองค์กรประกอบที่ ๑ ที่ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๓ หมายถึง แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่มสาขา ระดับคะแนน ๒ หมายถึง แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุม ๒ กลุ่มสาขา ระดับคะแนน ๑ หมายถึง แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุม ๑ กลุ่มสาขา
๒. การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๑. ความร่วมมือระหว่างสถาบันการผลิตและพัฒนาและหน่วยงาน (ภาพรวมจังหวัด) ๒. การบูรณาการการใช้ทรัพยากร (คน เงิน ของ) ร่วมกันของ Stakeholder ในหน่วยงาน	มีเอกสารหลักฐานที่แสดงถึงการสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนา กำลังคนของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคน (ภาพรวมจังหวัด)	ผ่านเกณฑ์ในองค์กรประกอบที่ ๒ ที่ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๓ หมายถึง มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง ระดับคะแนน ๒ หมายถึง มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า ๒ แห่ง

องค์ประกอบ	วัตถุประสงค์	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การประเมินผล
				ระดับคะแนน ๑ หมายถึง มีการสร้างความร่วมมือของสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของเขตสุขภาพ/จังหวัด ไม่น้อยกว่า ๑ แห่ง
๓. การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคน	๑. การใช้งบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา	การเบิกจ่ายงบประมาณด้านการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ ๓ ที่ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๓ หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ตามแผน ระดับคะแนน ๒ หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณคิดเป็นร้อยละ ๗๕ ตามแผน ระดับคะแนน ๑ หมายถึง การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ตามแผน
๔. การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	๑. ผลการดำเนินการตามแผนความต้องการและแผนพัฒนากำลังคน	๑. ร้อยละของบุคลากรที่ได้ตามแผนความต้องการกำลังคนของหน่วยงาน ๒. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมายของหน่วยงาน	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ ๔ ที่ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๓ หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย ระดับคะแนน ๒ หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ร้อยละ ๗๕ ของเป้าหมาย ระดับคะแนน ๑ หมายถึง บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของเขตสุขภาพ ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ของเป้าหมาย
๕. การประเมินผล กระบวนการบริหาร การจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของเขตสุขภาพ	๑. ปรับปรุง/พัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อให้ระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ในการแก้ไขปัญหาการผลิตและพัฒนา กำลังคน	มีเอกสารแผนปรับปรุงการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา กำลังคนของหน่วยงานครอบคลุมทั้ง ๔ องค์ประกอบ	ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ ๕ ที่ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๓ หมายถึง มีการจัดทำแผนปรับปรุง/พัฒนาระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของหน่วยงาน ครบถ้วนตามที่กำหนด ระดับคะแนน ๒ หมายถึง มีการจัดทำรายงานผลการประเมินผล กระบวนการ เสนอผู้บริหาร ระดับคะแนน ๑ หมายถึง มีระบบการประเมินผล กระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนา กำลังคนของหน่วยงาน

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑. เพื่อให้เครือข่ายบริการ(CUP)มีการบริหารจัดการกำลังคนของเครือข่ายบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๒. ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข

๕. สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A/B) \times 100$$

A = จำนวนเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนเครือข่ายบริการ (CUP) ทั้งหมด

๖. แหล่งข้อมูล

๖.๑ โรงพยาบาลทั่วไป

๖.๒ โรงพยาบาลชุมชน

๖.๓ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖.๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖.๕ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๗. รายการข้อมูล

จำนวนเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการกำลังคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุธิดา คณมะ

โทร ๐๘๑๙๕๔๕๐๘๙

๒. นางสาววิภาดา คงทรง

โทร ๐๘๕๘๘๗๙๕๕๖

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนากระบวนการจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ ตัวชี้วัดที่ ๑๑๓ : ร้อยละของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการ ระบบการสรรหาและพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินการระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๒. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ๓. จัดทำฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑. ข้อมูลการศึกษาของบุคลากร ๓.๒. ข้อมูลการฝึกอบรม ๓.๓. แผนการพัฒนากำลังคนตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับส่วนขาดและความต้องการของบุคลากร ๔. ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการฯ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ๕. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ๖. จัดทำตัวชี้วัดและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนากำลังคนด้าน ๗. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน <p>แนวทางดำเนินการระดับอำเภอ</p>
	<ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนระดับ CUP ๒. มีการประชุมคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๓. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ระดับ CUP ๔. วิเคราะห์และมีการจัดทำกรอบอัตรากำลังคนของหน่วยบริการระดับต่างๆ ทั้งสายงานวิชาชีพ, อำนวยการ, และสนับสนุน โดยใช้วิธีการคำนวณโดยใช้ <ol style="list-style-type: none"> ๔.๑ ใช้ FTE ใน ๘ สายงานหลัก ๔.๒ ใช้ Population-based ในสายงานอื่นและบุคลากรในงาน Primary Care ๕. จัดทำฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑ ข้อมูลอัตรากำลัง <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑.๑ ข้อมูลบุคคล (ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, พนักงาน

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>ราชการ พกส. และลช.) ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน)</p> <p>๕.๑.๒ แผนอัตรากำลัง (แผนอัตรากำลัง ๒๔ สายงาน) ตาม FTE</p> <p>๕.๒. ข้อมูลเพื่อการพัฒนากำลังคน</p> <p>๕.๒.๑ ข้อมูลการศึกษาของบุคลากร</p> <p>๕.๒.๒ ข้อมูลการฝึกอบรม</p> <p>๕.๒.๓ แผนการพัฒนากำลังคนตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับส่วนขาดและความต้องการของบุคลากร</p> <p>๕.๓. ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาบุคลากร เช่น</p> <p>๕.๓.๒. ผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากร (สมรรถนะหลักของ ก.พ.)</p> <p>๕.๓.๓. ผลการสำรวจแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร</p> <p>๖. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>แนวทางดำเนินการระดับตำบล</p> <p>๑. แผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขระดับหน่วยบริการ</p> <p>๒. จัดทำข้อมูลเพื่อการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p> <p>๒.๑ ข้อมูลอัตรากำลัง</p> <p>๒.๒ ข้อมูลเพื่อการพัฒนากำลังคน</p> <p>๒.๒.๑ ข้อมูลการศึกษาของบุคลากร</p> <p>๒.๒.๒ ข้อมูลการฝึกอบรม</p> <p>๒.๓ ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาบุคลากร เช่น</p> <p>๒.๓.๑ สรุปผลการสำรวจความต้องการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร</p> <p>๒.๓.๒ ผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากร</p> <p>๒.๓.๓ ผลการสำรวจแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร</p> <p>๓. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข</p> <p>๔. การเสริมสร้างความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร</p> <p>๕. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรให้เป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๔ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น

ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

๑. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้

- ๑.๑ การวางแผนอัตรากำลัง
- ๑.๒ พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร
- ๑.๓ บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก
- ๑.๔ การสร้าง/ พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร
- ๑.๕ การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร
- ๑.๖ การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

๒. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ ๒ รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่นการบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

บุคลากร หมายถึง บุคลากร ๕ กลุ่ม ดังนี้

๑. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

๒. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่

๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย

๒.๒ บุคลากรอื่นมี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหาร และยา

๓. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์

๔. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกรนักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาเจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

๕. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง ๕ กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ ๒๕๕๖ มาตรา ๔๗ เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย

๔. วัตถุประสงค์

ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ของประเทศ

๕. สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$(A/B) \times 100$$

A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามแผนพัฒนากำลังคนของ CUP

B = จำนวนบุคลากรทั้งหมด

๖. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๗. รายการข้อมูล

๗.๑. แผนพัฒนากำลังคนของ CUP

๗.๒. รายงานผลการพัฒนากำลังคนของ CUP

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุธิดา คณะมะ ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทร ๐๘๑๙๕๔๕๐๘๙
E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

๒. นางสาววิภาดา คงทรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร ๐๘๕๘๘๗๙๕๙๖
E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ ตัวชี้วัดที่ ๑๑๔ : ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับ การพัฒนาตามเกณฑ์ที่ กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินการระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๒. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ๓. จัดทำฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑. ข้อมูลการศึกษาของบุคลากร ๓.๒. ข้อมูลการฝึกอบรม ๓.๓. แผนการพัฒนากำลังคนตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และแผนการพัฒนาก่อนสอดคล้องกับส่วนขาดและความต้องการของบุคลากร ๔. ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการฯ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ๕. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ๖. จัดทำตัวชี้วัดและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนากำลังคนด้าน ๗. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน <p>แนวทางดำเนินการระดับอำเภอ</p>
	<ol style="list-style-type: none"> ๔. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนระดับ CUP ๕. มีการประชุมคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๖. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ระดับ CUP ๔. วิเคราะห์และมีการจัดทำรอบอัตรากำลังคนของหน่วยบริการระดับต่างๆ ทั้งสายงานวิชาชีพ, อำนวยการ, และสนับสนุน โดยใช้วิธีการคำนวณโดยใช้ <ol style="list-style-type: none"> ๔.๑ ใช้ FTE ใน ๘ สายงานหลัก ๔.๒ ใช้ Population-based ในสายงานอื่นและบุคลากรในงาน Primary Care ๕. จัดทำฐานข้อมูลเพื่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑ ข้อมูลอัตรากำลัง <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑.๑. ข้อมูลบุคคล (ข้าราชการ, ลูกจ้างประจำ, พนักงานราชการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>พทส. และลช.) ครอบคลุม ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน)</p> <p>๕.๑.๒. แผนอัตรากำลัง(แผนอัตรากำลัง ๒๔ สายงาน)ตาม FTE</p> <p>๕.๒. ข้อมูลเพื่อการพัฒนาอัตรากำลังคน</p> <p>๕.๒.๑ ข้อมูลการศึกษาของบุคลากร</p> <p>๕.๒.๒ ข้อมูลการฝึกอบรม</p> <p>๕.๒.๓ แผนการพัฒนาอัตรากำลังคนตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และแผนการพัฒนาที่สอดคล้องกับส่วนขาดและความต้องการของบุคลากร</p> <p>๕.๓. ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาบุคลากร เช่น</p> <p>๕.๓.๒. ผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากร (สมรรถนะหลักของ ก.พ.)</p> <p>๕.๓.๓. ผลการสำรวจแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร</p> <p>๖. จักระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p><u>แนวทางดำเนินการระดับตำบล</u></p> <p>๓. แผนปฏิบัติการพัฒนาอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุขระดับหน่วยบริการ</p> <p>๔. จัดทำข้อมูลเพื่อการบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p> <p>๒.๑ ข้อมูลอัตรากำลัง</p> <p>๒.๒ ข้อมูลเพื่อการพัฒนาอัตรากำลังคน</p> <p>๒.๒.๑ ข้อมูลการศึกษาของบุคลากร</p> <p>๒.๒.๒ ข้อมูลการฝึกอบรม</p> <p>๒.๓ ข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการพัฒนาบุคลากร เช่น</p> <p>๒.๓.๑ สรุปผลการสำรวจความต้องการพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร</p> <p>๒.๓.๒ ผลการประเมินสมรรถนะของบุคลากร</p> <p>๒.๓.๓ ผลการสำรวจแรงจูงใจ ขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากร</p> <p>๓. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาอัตรากำลังคนด้านสาธารณสุข</p> <p>๔. การเสริมสร้างความพึงพอใจและความสุขในการปฏิบัติงานของบุคลากร</p> <p>๕. จักระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p>

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรให้เป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๕ ร้อยละบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา

๒. คำนิยาม

ตำแหน่งที่สูงขึ้น หมายถึง ตำแหน่งข้าราชการที่ทำหน้าที่หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ทางการบริหาร ได้แก่

- รองผู้อำนวยการ
- หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/ศูนย์
- หัวหน้าพยาบาล
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
- สาธารณสุขอำเภอ
- ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมตำบล/ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

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 ความรู้ความสามารถ ทักษะ และทัศนคติของบุคลากรให้เป็นไปทางที่ดีขึ้น เพื่อให้บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาสามารถปฏิบัติงานได้ผลตามวัตถุประสงค์ของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางหรือหลักสูตรที่สอดคล้องกับสมรรถนะทางการบริหารที่ ก.พ. กำหนด เช่น

๑. การอบรม/สัมมนา โดยกองบริหารทรัพยากรบุคคล
๒. การจัดส่งบุคลากร ไปอบรม/สัมมนา/ศึกษาต่อ กับหน่วยงานภายนอก
๓. การฝึกอบรมโดยผ่านระบบ E-learning ฯลฯ เป็นต้น

บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา หมายถึง บุคลากรที่ผ่านการพัฒนา ตามหลักเกณฑ์ที่หลักสูตร ได้กำหนด เช่น การฝึก/อบรมครบตามหลักสูตร การสอบผ่านเกณฑ์ การได้รับใบประกาศนียบัตร ฯลฯ เป็นต้น

จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา หมายถึง จำนวนบุคลากรสองเท่าของตำแหน่งว่าง ตามข้อ 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

ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพเพื่อตอบสนอง ยุทธศาสตร์ของประเทศ

๕. สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A/B) \times 100$

A = จำนวนบุคลากรที่ผ่านการพัฒนาเพื่อรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ณ วันที่รายงานผล

B = จำนวนของบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ณ วันที่รายงานผล

๖. แหล่งข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๗. รายการข้อมูล

๗.๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)

๗.๒. เอกสารแผนการพัฒนาบุคลากรตามตำแหน่งที่สูงขึ้น

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุจิตา คณະมะ

โทร ๐๘๑๙๕๕๕๐๘๙

๒. นางสาวธณัฐญา รุดไทย

โทร ๐๘๘๕๖๒๕๒๑๖

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาาระบบบริหาร จัดการกำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๓๘ : โครงการผลิตและพัฒนา กำลังคนด้านสุขภาพสู่ความ เป็นมืออาชีพ ตัวชี้วัดที่ ๑๑๕ : ร้อยละบุคลากรที่มีความ พร้อมรองรับการเข้าสู่ ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการ พัฒนา</p>	<p><u>แนวทางดำเนินการระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ๒. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ๓. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้นมีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ๔. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๕. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ ๖. จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรได้รับการพัฒนา ๗. ประชุมผู้บริหาร คณะกรรมการฯ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล ๘. จัดทำตัวชี้วัดและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนากำลังคนด้าน ๙. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน <p><u>แนวทางดำเนินการระดับอำเภอ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๗. แต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนและพัฒนากำลังคนระดับ CUP ๘. มีการประชุมคณะกรรมการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพของหน่วยบริการ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๙. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข ระดับ CUP ๑๐. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้นมีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ๑๑. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๑๒. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ ๑๓. จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรได้รับการพัฒนา
	<p><u>แนวทางดำเนินการระดับตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑๔. มีการวิเคราะห์ตำแหน่งว่างตามตำแหน่งที่สูงขึ้นมีการคำนวณจำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนา ๑๕. มีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้น ๑๖. พัฒนาบุคลากรตามแผนการพัฒนาฯ ๑๗. จัดทำฐานข้อมูลบุคลากรได้รับการพัฒนา

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรให้เป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๓๙ : โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๖ ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

๒. นิยาม

๑. **หน่วยงาน หมายถึง** หน่วยงานที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดนั้นๆ หน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. **บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง** บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)

- ข้าราชการ
- พนักงานราชการ
- ลูกจ้างประจำ
- ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ)
- พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน

๓. **บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง** อัตรากำลังที่มีอยู่จริง ของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (นับตามปีงบประมาณ) คิดเป็นร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๔. **ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง** จำนวนของจังหวัดซึ่งมีหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับที่มีอัตรากำลังที่มีอยู่จริง (นับตามปีงบประมาณ) มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑. เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย

ปี ๒๕๖๕

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หน่วยบริการ สาธารณสุขมีการ บริหารจัดการข้อมูล บุคลากรด้านกำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	หน่วยงานมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	หน่วยงานมีการ ดำเนินการตามแผน กำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๙๐ ของหน่วยงานที่มี บุคลากรสาธารณสุข เพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อกระจายกำลังคนสาธารณสุขไปพื้นที่ต่างๆ อย่างเหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการ เพื่อตอบสนองปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป ให้บริการอย่างเท่าเทียม มีประสิทธิผล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของประชาชนหลังได้รับบริการจากบุคลากร โดยต้องมีจำนวนและส่วนผสมวิชาชีพ (Mix of staff) เพียงพอต่อความต้องการตามกรอบอัตรากำลังที่ควรมี (FTE) ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๕. สูตรการคำนวณ

$$(A/B)*100$$

A: จำนวนหน่วยงานที่มีบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ ๙๐ ขึ้นไปของกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

B: จำนวนหน่วยงานทั้งหมด

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. กรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๓. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูล HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุธิดา คณะมะ

โทร ๐๘๑๙๕๔๕๐๘๙

๒. นางสาวธณัฐญา รุดโถ

โทร ๐๘ ๘๕๖๒ ๕๒๑๖

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ

E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนากระบวนการจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ โครงการที่ ๓๘ : โครงการบริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๑๑๖ : ร้อยละของหน่วยงาน สาธารณสุขที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ</p>	<p><u>แนวทางดำเนินการระดับจังหวัด</u> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการด้านบริหาร จัดการกำลังคน ครบ ๔ ประเด็นโดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ร้อย ละ ๙๐ มี ๔ ประเด็น ประกอบด้วย</p> <p><u>ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล</u></p> <p>๑.๑ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๒ มีการรายงานสถิติกำลังคน ๑.๓ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข</p> <p><u>ประเด็นที่ ๒ มีแผนบริหารตำแหน่ง</u></p> <p>๒.๑ มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำ แผนกำลังคน ๒.๒ จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง ๒.๓ มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าใน สายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ ๒.๔ มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายใน จังหวัดและหน่วยงานในสังกัดทราบ</p> <p><u>ประเด็นที่ ๓ มีการดำเนินงานตามแผน</u> ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (ไตรมาส ๒ ≤๕%,ไตรมาส ๔ ≤๓%)</p> <p><u>แนวทางการประเมินผล</u></p> <p>*๑. ระดับเขต ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัด + ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของส่วนกลาง *๒. ระดับจังหวัด ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัด เท่านั้นมีการดำเนินงานตามแผน</p> <p><u>ประเด็นที่ ๔ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ</u> บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (สายงานการให้บริการทาง การแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน ๑๐ สายงาน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p>

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p><u>แนวทางดำเนินการระดับอำเภอ</u></p> <p>การดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคน ๒ ประเด็น โดยได้รับ คะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p><u>ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล</u></p> <p>๑.๑ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๒ มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน ๑.๓ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข</p> <p><u>ประเด็นที่ ๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ</u></p> <p>บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (สายงานการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน ๑๐ สายงาน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <hr/> <p><u>แนวทางดำเนินการระดับตำบล</u></p> <p>การดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคน ๒ ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p><u>ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล</u></p> <p>๑.๑ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๒ มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน ๑.๓ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข</p> <p><u>ประเด็นที่ ๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ</u></p> <p>บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (สายงานการให้บริการทาง การแพทย์ (ยกเว้นสายงานขาดแคลน) จำนวน ๑๐ สายงาน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p>

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : ด้านบุคลากรให้เป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๓๙ : โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๗ ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

๒. คำนิยาม

การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหาคัดเลือก บรรจุ พัฒนา คุ้มครองรักษา และใช้ประโยชน์ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ ๔ ประเด็นดังนี้

๑. **มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ** หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ

๒. มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง

๒.๑ **ตำแหน่งว่าง** หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตราที่กำหนด

๒.๒ **ตำแหน่งว่างเป้าหมาย** ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๕ หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ 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 เพื่อให้สามารถสรรหาคัดเลือกบุคคลมาดำรงตำแหน่ง 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 เพื่อให้สามารถสรรหาคัดเลือกบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและ

ความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลลงในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒.๔ ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากร ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงาน ราชการที่มีอยู่ ณ วันที่รายงานผล คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง จำนวน เขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (การดำเนินการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่าง ของหน่วยงาน ตามแนวทางและเป้าหมายที่ สป.สธ. กำหนด) เทียบกับจำนวนเขตสุขภาพทั้งหมด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑. เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓

ปี ๒๕๖๕

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๖		มีตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ

๒. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ

๕. สูตรการคำนวณ

$$(A/B)*100$$

A: จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล

B: จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๕

๕.แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. กรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน
๓. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของแต่ละอำเภอ

๖.รายการข้อมูล

วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูล HROPS ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เทียบกับกรอบอัตรากำลังที่ควรมี ที่กำหนดในระดับหน่วยงาน

๗.ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|-----------------------|--|
| ๑. นางสุธิดา คณะมะ | ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ |
| โทร ๐๘๑๙๕๔๕๐๘๙ | E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com |
| ๒. นางสาวธณัฐญา รุดโถ | ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ |
| โทร ๐๘ ๘๕๖๒ ๕๒๑๖ | E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com |

แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน บริหารทรัพยากรบุคคล

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบ บริหารจัดการกำลังคน ด้านสุขภาพ โครงการที่ ๓๙ : โครงการบริหารจัดการ กำลังคนด้านสุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๑๑๗ : ระดับความสำเร็จของ การบริหารจัดการ กำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินการระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการด้านบริหารจัดการ กำลังคน มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการ ตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่าง สำหรับใช้ในการ กำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน มี ๔ ประเด็น ประกอบด้วย ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล ๑.๔ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน ๑.๕ มีการรายงานสถิติกำลังคน ๑.๖ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข ประเด็นที่ ๒ มีแผนบริหารตำแหน่ง ๒.๑ มีการจัดประชุมเตรียมความพร้อมในการจัดทำ แผนกำลังคน ๒.๒ จัดทำแผนกำลังคน และมีแผนบริหารตำแหน่ง ๒.๓ มีแผนกำลังคน ด้านอื่นๆ เช่น แผนความก้าวหน้าใน สายอาชีพ แผนพัฒนาบุคลากร ฯลฯ ๒.๔ มีการประชาสัมพันธ์/เผยแพร่ แผนบริหารตำแหน่งภายใน จังหวัดและหน่วยงานในสังกัดทราบ ประเด็นที่ ๓ มีการดำเนินงานตามแผน ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด (ไตรมาส ๒ ≤๖%, ไตรมาส ๔ ≤๔%) แนวทางการประเมินผล *๑. ระดับเขต ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัด + ตำแหน่งว่างที่ อยู่ในอำนาจของส่วนกลาง *๒. ระดับจังหวัด ตำแหน่งว่างที่อยู่ในอำนาจของเขตและจังหวัดเท่านั้น ประเด็นที่ ๔ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔</p>
	แนวทางดำเนินการระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	<p>การดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคน ๒ ประเด็น</p> <p><u>ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล</u></p> <p>๑.๔ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน</p> <p>๑.๕ มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน</p> <p>๑.๖ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข</p> <p><u>ประเด็นที่ ๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ</u></p> <p>บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔</p> <hr/> <p><u>แนวทางดำเนินการระดับตำบล</u></p> <p>การดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคน ๒ ประเด็น</p> <p><u>ประเด็นที่ ๑. มีข้อมูล</u></p> <p>๑.๔ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน</p> <p>๑.๕ มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน</p> <p>๑.๖ มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข</p> <p><u>ประเด็นที่ ๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ</u></p> <p>บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔</p>

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖

ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วย ธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้าน

สุขภาพ

**นิตยามตัวชี้วัดและ
มาตรการ/แนวทางการดำเนินงาน**

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๘ ร้อยละหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA)

๒. คำนิยาม

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงาน ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะ ของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลใน เว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาสตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น ๘ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต และ (๘) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒

๔. วัตถุประสงค์

- ๑) เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕
- ๒) เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล

๕. แหล่งข้อมูล

จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐานตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ๔ ไตรมาส 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

รายละเอียดรายการข้อมูลและหลักฐานตามคู่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายวิฑูรย์ ละเอียดทอง ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ
๒. นางสาวลาวัลย์ อ้นสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
๓. นางสาวจรรรทิวา ราชพรหมมา ตำแหน่ง นักวิชาการการเงินและบัญชี

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks																
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความ เสี่ยง ตัวชี้วัดที่ ๑๑๘ : ร้อยละหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคามผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณธรรมและความ โปร่งใสในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (ITA)</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็น คำถาม</p> <p>๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับ การประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน</p> <p>๓. จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐานตาม แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามห้วงระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ ไตรมาสที่ ๑ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๕) ไตรมาสที่ ๒ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๒๒) ไตรมาสที่ ๓ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๒๒) ไตรมาสที่ ๔ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๒๒)</p> <p>๔. รับการประเมินจากคณะกรรมการ เขตสุขภาพที่ ๗</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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> <p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็น คำถาม</p> <p>๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับ การประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน</p> <p>๓. จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐานตาม แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ตามห้วงระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ ไตรมาสที่ ๑ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๕) ไตรมาสที่ ๒ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๒๒) ไตรมาสที่ ๓ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๒๒) ไตรมาสที่ ๔ ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (OIT๑ – OIT๒๒)</p> <p>๔. รับการประเมินจากคณะกรรมการ เขตสุขภาพที่ ๗</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <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>	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒	ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒
ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔														
ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒														
ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔														
ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒														

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	แนวทางดำเนินงานระดับตำบล เป้าหมายการประเมิน ITA ยังไม่ครอบคลุมถึงในระดับตำบล จึงให้ศึกษาแนวทางดำเนินงานจากหน่วยงานในระดับอำเภอ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑๙ ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม (ร้อยละ ๓๐)

ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑ ความสำเร็จในการควบคุมการเบิกจ่ายตามระบบ Control minimum stock

๒. คำนิยาม

การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรมและระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ ทั้งนี้ ในระยะ ๑-๓ ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นับรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองาร่วมในรูปแบบกรรมการระดับจังหวัด/เขต

ระบบ Control Minimum Stock หมายถึง การออกแบบและดำเนินการให้มีระบบการควบคุม กำกับ ปริมาณคงคลังของยาและเวชภัณฑ์ ที่ต่ำที่สุดของ รพ.สต. ที่จะมียาและเวชภัณฑ์เพียงพอสำหรับจ่ายให้ผู้ป่วยโดยไม่เกิดปัญหาขาดในหน่วยบริการ และมีการเบิกจ่ายสอดคล้องกับปริมาณการใช้จริงของหน่วยบริการ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๑) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
๒๕	๓๐	๓๐	๓๐

๒) ความสำเร็จในการควบคุมการเบิกจ่ายตามระบบ control minimum stock

๔. วัตถุประสงค์

การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีไม่ใช่ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใส มีประสิทธิภาพมีเพียงพอพร้อมใช้ สำหรับการให้บริการผู้ป่วย และลดต้นทุนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์

๕. แหล่งข้อมูล

- ๑) แบบรายงานผลการดำเนินงานการบริหารเวชภัณฑ์
- ๒) การประเมิน

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = มูลค่าการจัดซื้อรวมของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๒	B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล ๒ : โรงพยาบาลมีระบบการควบคุมปริมาณการเบิกจ่ายและคงเหลืออย่างเหมาะสมในหน่วยบริการปฐมภูมิ (Control minimum stock system)	

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ภญ.กาญจนา ไชยประดิษฐ์

ตำแหน่ง เกษักรชำนาญการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสและบริหารความเสี่ยง ตัวชี้วัดที่ ๑๑๙ : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาจัดซื้อร่วมระดับเขต ๒. จัดทำกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด ๓. ดำเนินการจัดทำรายการจัดซื้อร่วมระดับเขตและจังหวัด ๔. ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องของระดับจังหวัดเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน ๕. นิเทศติดตามและประเมินการดำเนินงาน ๖. สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ
<p>ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และ วัสดุทันตกรรม</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดซื้อร่วมในระดับเขตและจังหวัดตามกรอบที่กำหนด ๒. รายงานข้อมูลการจัดซื้อร่วมยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาในระดับเขตและจังหวัดตามระบบรายงานที่กำหนด ๓. จัดให้มีระบบการควบคุมปริมาณการเบิกจ่ายและคงเหลือในหน่วยบริการปฐมภูมิ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๐ ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน

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) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงาน รวมถึงการบรรลุเป้าหมายด้านการดำเนินงานด้านการเงิน ตลอดจนการใช้ทรัพยากร การดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาดของหน่วยงานของรัฐ ตลอดจนความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงานของรัฐ

๒. วัตถุประสงค์ด้านการรายงาน (Reporting Objectives) เป็นวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรายงานทางการเงินและไม่ใช้การเงิน 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	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน

๔.๒ เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑

๔.๓ เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกัน และลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลือง หรือการทุจริตในหน่วยงาน

๕. แหล่งข้อมูล

กำหนดให้ทุกหน่วยงานในสังกัด มีการดำเนินงานจัดวางและประเมินระบบการการควบคุมภายใน และกำหนดให้มีการส่งรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ ๑ ครั้ง ดังนี้

- ๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน
- ๒) โรงพยาบาลมหาสารคาม พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน
- ๓) โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง พร้อมด้วยกลุ่มงานย่อยทุกกลุ่มงานในหน่วยงาน
- ๔) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง พร้อมด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด

๖. รายการข้อมูล

ทุกหน่วยงานในสังกัด มีการดำเนินงานจัดวางและประเมินระบบการการควบคุมภายใน และกำหนดให้มีการส่งรายงานการประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ประจำปี ดังนี้

- หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๑)
- รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔)
- รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนน ๔ ขึ้นไป

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน (๒๗ แห่ง)

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|----------------------------|--|
| ๑. นายวิฑูรย์ ละอองทอง | ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ |
| ๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุรีย์ | ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน |
| ๓. นางสาวจรรยา ราชพรหมมา | ตำแหน่ง นักวิชาการการเงิน |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/ โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : . การพัฒนา ระบบธรร มาภิบาล และองค์กร คุณภาพ โครงการที่ ๔๐ : โครงการ ประเมิน คุณธรรม</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. ผู้บริหารกำหนดให้ผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายใน และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกร โดยตรง</p> <p>๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p> <p>๓. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมิน ควบคุมภายในประจำปี</p> <p>๔. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้ผู้กำกับค ้ เจ้าสังกัด ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณหรือสิ้นปีปฏิทิน แล้วแต่กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> - หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๑) - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)
<p>ความ โปร่งใส และบริหาร ความเสี่ยง ตัวชี้วัดที่ ๑๒๐ : ร้อยละของ หน่วยงาน</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p> <p>๒. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมิน ควบคุมภายในประจำปี</p> <p>๓. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้สำนักงาน ้ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณหรือสิ้นปีปฏิทิน แล้วแต่กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)
<p>ภายใน กระทรวง สาธารณสุข ผ่านเกณฑ์ การ ประเมิน ระบบการ ควบคุม ภายใน</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางและคณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ของท</p> <p>๒. มีการประชุมของคณะกรรมการ เพื่อพิจารณาประเด็นความเสี่ยงของหน่วยงาน สรุปและจัดทำรายงานการประเมิน ควบคุมภายในประจำปี</p> <p>๓. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้สำนักงาน ้ ภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณหรือสิ้นปีปฏิทิน แล้วแต่กรณี</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๔) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.๕)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๑ ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

หน่วยงานในสังกัด/ทุกระดับ มีกลไกของการตรวจสอบภายใน เพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน ข้อมูลรายงานทางการเงิน มีความน่าเชื่อถือ ทำให้การดำเนินงานของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดการกำกับดูแลตนเองที่ดีอย่างเป็นระบบ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดปฏิบัติราชการเกี่ยวกับการบริหารการเงินและการบัญชี การบริหารพัสดุ และการบริหารงานด้านอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และประหยัด เป็นไปตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ระบบวิธีการ คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งแสดงข้อมูลทางการเงิน การบัญชี และพัสดุ ได้ถูกต้องและครบถ้วน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. คำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน
๒. แผนปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน
๓. หนังสือแจ้งออกตรวจสอบและรายงานสรุปผลการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน
๔. รายงานและสรุปผลการปฏิบัติงานตรวจสอบภายในตามแผนฯ
๕. รายงานการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี)

๖. รายการข้อมูล

ตรวจสอบคะแนนจากการออกตรวจสอบของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- | | |
|----------------------------|------------------|
| ๑. นายวิวัฒน์ ละอองทอง | โทร. ๐๘๓-๔๕๕๕๗๐๘ |
| ๒. นางสาวลาวัลย์ อ้นสุริย์ | โทร. ๐๘๑-๕๔๖๐๒๘๔ |
| ๓. นางสาวจรรยา ราชพรมมา | โทร. ๐๙๕-๙๕๔๖๓๙๑ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ โครงการที่ ๔๐ : โครงการ ประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหาร ความเสี่ยง ตัวชี้วัดที่ ๑๒๑ : ร้อยละของอำเภอ ที่ออกตรวจสอบภายใน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ กำหนด</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ๒. มีแผนการออกตรวจสอบภายใน ครอบคลุมหน่วยงานทุกระดับ ๓. แจ้างแนวทางการออกตรวจสอบภายในให้เครือข่ายระดับอำเภอทราบ ๔. ออกปฏิบัติการตรวจสอบภายในตามแนวทางที่กำหนด ๕. รายงานและสรุปผลการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนฯ เสนอ นพ.สสจ. และ สรุปผลการตรวจสอบภาพรวม ส่ง สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ๖. ติดตามการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือ แนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี)
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ๒. มีแผนการออกตรวจสอบภายใน ๓. แจ้างการออกตรวจสอบภายในให้ รพ.สต. ให้ครบทุกแห่ง ๔. ออกปฏิบัติการตรวจสอบภายใน ๕. รายงานและสรุปผลการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนฯ ๖. ติดตามการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือ แนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน (ถ้ามี)
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านการเงิน การบัญชี พัสดุ และอื่นๆ ๒. เตรียมเอกสารหลักฐานให้ครบถ้วนพร้อมให้ตรวจสอบ ๓. ให้ความร่วมมือในการตรวจสอบภายในทั้งระดับอำเภอและจังหวัด ๔. รายงานและสรุปผลการดำเนินการตามข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง ให้อำเภอทราบ ภายในเวลาที่กำหนด (ถ้ามี)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๒ ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)

๒. คำนิยาม

เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องที่ผู้รับบริการจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและหน่วยงานในสังกัดในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งเรื่องร้องเรียนที่ได้ร้องจากช่องทางอื่น หรือส่วนราชการอื่นส่งมาให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา	๙๐	๙๕

๔. วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล : ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล:	
รายการข้อมูล ๑	A = เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา
รายการข้อมูล ๒	B = เรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑.นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๒๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕ ๖๑๐ ๓๓๓๘

โทรสาร : ๐-๔๓๗๗ ๗๙๗๐ E-mail : wanpen.tan@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๔๐ : โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง ตัวชี้วัดที่ ๑๒๒ : ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบาย/กำหนดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ๒. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ๓. จัดระบบดำเนินงานการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๔. วางแนวทางดำเนินงานและสรุปผลงานที่ผ่านมา ๕. สார்วจข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๖. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดการเรื่องเรียน ร้องทุกข์ ๗. เผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ๘. ร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ๙. ประเมินผลการดำเนินงาน ๑๐. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ๒. จัดระบบดำเนินงานการบริหารจัดการเรื่องเรียน ร้องทุกข์ ระดับอำเภอ ๓. จัดวางแนวทางดำเนินงาน ๔. สார்วจข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๕. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดการเรื่องเรียน ร้องทุกข์ ๖. เผยแพร่ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ๗. ร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น และส่งต่อข้อมูลกรณีไม่สามารถดำเนินการได้เอง ๘. สรุปผลการดำเนินงาน ๙. รายงานผลการดำเนินการ
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับเรื่องร้องเรียนและส่งต่อข้อมูล ๒. สார்วจข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์ ๓. ร่วมกับคณะกรรมการความเสี่ยง จัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้น และส่งต่อข้อมูลกรณีไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง ๔. สรุปผลการดำเนินงาน

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๑ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๓ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สสจ./ สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)

๒. คำนิยาม

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้ (๑) สำนัก/กอง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน ๑๓ 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 การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ ดังนี้

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
๒. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด ๑-๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)
๓. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน
๔. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อครบ ๑๘ ข้อ
๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร
๖. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๗. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

ระดับความสำเร็จ หมายถึง (๑) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน (๒) ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ภาคบังคับ ๒ หมวด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด (๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) (๔) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗) (๕) มีความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์กร ที่สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์กรด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานราชการปรับปรุงองค์การอย่างรอบด้าน และอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง ๗ ด้าน/หมวด คือ

๑. การนำองค์กร เป็นการประเมินการดำเนินการของผู้บริหารในเรื่องวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินการ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกระจายอำนาจการตัดสินใจ การสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้ในส่วนราชการ การกำกับดูแลตนเองที่ดี และดำเนินการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน

๒. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เป็นการประเมินวิธีการกำหนดและถ่ายทอดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กลยุทธ์หลัก และแผนปฏิบัติการราชการ เพื่อนำไปปฏิบัติและวัดผลความก้าวหน้าของการดำเนินการ

๓. ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการประเมินการกำหนดความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมชมชอบ การสร้างความสัมพันธ์ และการกำหนดปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจ

๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เป็นการประเมินการเลือก รวบรวม วิเคราะห์ จัดการ และปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศ และการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์กร

๕. บุคลากร เป็นการประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ การสร้างความผูกพันและแรงจูงใจของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรพัฒนาตนเองและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ตามทิศทางองค์กร

๖. การปฏิบัติการ เป็นการประเมินการจัดการกระบวนการ การให้บริการ และกระบวนการอื่นที่ช่วยสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกระบวนการสนับสนุน เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร

๗. ผลลัพธ์การดำเนินการ เป็นการประเมินผลการดำเนินการและแนวโน้มของส่วนราชการในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพ และมิติด้านการพัฒนาองค์กร

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ จำนวน ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ จำนวน ๑๓ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๕

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ส่วนราชการจัดทำ ลักษณะสำคัญของ องค์การครบ ๑๓ คำถาม	๑. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของ แผนพัฒนาองค์การ รอบ ๖ เดือนผ่านระบบ ออนไลน์ ภายในวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕	๑. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของ แผนพัฒนาองค์การ รอบ ๙ เดือนผ่านระบบ ออนไลน์ ภายในวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕	๑. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของ แผนพัฒนาองค์การ รอบ ๑๒ เดือนผ่านระบบ ออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕
๒. ส่วนราชการประเมิน ตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๑-๖ (แบบฟอร์ม ๒) จัดส่งภายในวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕	๒. รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๕	๒. รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕	๒. รายงานความก้าวหน้า ผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๓. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน จัดส่งภายในวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕</p>			<p>๓. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จำนวน ๕ หน้า ดังนี้</p> <p>๓.๑ แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินงาน</p> <p>๓.๒ ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น</p> <p>๓.๓ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</p> <p>๓.๔ สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม ๕) ผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๓ กันยายน ๒๕๖๕</p>
<p>๔. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์ การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ</p>			

๔. วัตถุประสงค์

1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖
2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๒ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด

รายการข้อมูล ๓ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๔ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ดร.สังต์ เชื้อกลิ่นฟ้า

ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ดร.รัชนีวิภา จิตรากุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

**แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข**

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ โครงการที่ ๔๑ : โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๑๒๓ : ร้อยละความสำเร็จของ ส่วนราชการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ที่ดำเนินการ พัฒนาคุณภาพการบริหาร จัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด (สสจ./สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ๒. ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม ๓. พัฒนาศักยภาพ Project manager (PM) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๔. จัดทำแนวทางการรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสาธารณสุขอำเภอ ผ่านทางเว็บไซต์ http://opdc.moph.go.th/ และทาง E-mail : pmqa.moph@gmail.com ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๕. รายงานในระบบ KPI Version ๓ ตาม Small success แต่ละไตรมาส ๖. ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์กร ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้และหมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Show & Share) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง ๘. บูรณาการกับงานองค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข และการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRD) ๙. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) สสจ.มหาสารคาม ๑๐. บูรณาการกับการจัดมหกรรมวิชาการระดับจังหวัด ๑๑. บูรณาการกับการขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH ๑๒. ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) ๑๓. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “PMQA สสจ.มหาสารคาม” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
	๑๔. มีเป้าหมายการดำเนินงานคือ สำนักสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ และสำนักสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ (จำนวน ๑๓ แห่ง)
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ๓. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในหมวดที่ดำเนินทั้ง ๖ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์กร ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้และหมวด ๕ บุคลากร และหมวด ๖ การปฏิบัติการ เพื่อหาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน ๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ ๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร ๗. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๘. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๑ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๔ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

๑๒๔.๑ ร้อยละโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านมาตรฐาน HA ชั้น ๓

๑๒๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง

- โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 แห่ง

- โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง

- โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 751 แห่ง

(ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564)

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล

จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้

- HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

- HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ ชั้น 2

- HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย

๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต

๓. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายละเอียด	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๕
๑. โรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ

ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย :

๑. โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น ๓ + Reaccredit + me อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใ้รับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e R๓e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๒๑
รายการข้อมูล ๓	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น ๓ + Reaccredit + me อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใ้รับรองหมดอายุ (R๑e, R๒e R๓e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ
รายการข้อมูล ๔	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง (จำนวน ๗๕๑ แห่ง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. (A/B) x ๑๐๐ ๒. (E/F) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๑,๒,๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔-กันยายน ๒๕๖๕)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ดร.พชรวรรณ คุณกุลรัตน์

โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิรดา ทังโคตร

โทร. ๐๘๑-๓๘๐๙๗๙๖

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ ตัวชี้วัด ๑๒๔ : ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่าน การรับรอง HA ชั้น ๓</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบายระดับประเทศและระดับเขต ๒. จัดทีมที่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับจังหวัด และร่วมทำ หน้าที่ทีมที่เลี้ยงพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ระดับอำเภอ ๓. จัดประชุมพัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ เพื่อร่วมกัน ทำแผนเพื่อขอรับการรับรองและต่ออายุการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ให้ ทันเวลา ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๔. ประสานงานกับ สรพ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม การดำเนินงานของ ศูนย์ QLN / ศูนย์วิชาการ HACC ๕. จัดประชุมเพื่อกระตุ้นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทุก แห่ง ๖. ออกนิเทศติดตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ๗. ติดตามความก้าวหน้าของการเข้าสู่กระบวนการเยี่ยมประเมินรับรองให้ ทันเวลาที่กำหนด ร่วมกับ ทีมผู้ประสานงาน ของสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล ๘. รายงานความก้าวหน้าผู้บริหาร
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. เข้าร่วมการประชุมชี้แจงแนวทางและหลักเกณฑ์การประเมิน ในระดับ จังหวัด ๒. จัดทำแผนพัฒนาระบบคุณภาพของโรงพยาบาล และแผนปฏิบัติการ เพื่อขอรับรองและต่ออายุการรับรอง ให้ทันเวลา ๓. โรงพยาบาลส่งแผนการขอรับรองและต่ออายุ ให้ สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ๔. โรงพยาบาลส่งเอกสารเพื่อขอรับรองและต่ออายุ ให้ สถาบันรับรอง คุณภาพสถานพยาบาล ล่วงหน้าตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕. จัดกิจกรรมตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA และ จัดกระบวนการเพื่อสนับสนุนให้ทุกหน่วยงาน ปฏิบัติตามมาตรฐาน ตั้งแต่ ระดับการจัดบริการในโรงพยาบาล ต่อเนื่องถึง ระดับชุมชนและเครือข่าย อื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดระบบ Fast track IC, RDU, Patient ,2P Safety, CPG ๖. การจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในทุกหมวด เพื่อเชื่อมโยงการ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^๓M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>พัฒนาการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชน และบูรณาการกับมาตรฐานการพัฒนา รพ.สต. ตัดดาว ของ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ ใน รพ.สต</p> <p>๗. จัดทีมพี่เลี้ยง เชื่อมโยงการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA สู่การพัฒนาคุณภาพ ใน รพ.สต. เครือข่าย อย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ และ เพิ่มการเข้าถึงบริการ อย่างเป็นธรรม แก่ประชาชน</p> <p>๘. รพ.รับการตรวจเยี่ยม ประเมินรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐาน HA</p> <p><u>แนวทางดำเนินระดับตำบล</u></p> <p>๑.ร่วมเป็นเครือข่ายในการจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในทุกหมวด เพื่อเชื่อมโยงการพัฒนาการจัดบริการต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>๒.ปฏิบัติตามมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพที่ได้บูรณาการกับมาตรฐานการพัฒนา รพ.สต. ตัดดาว ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการ ใน รพ.สต</p> <p>๓.ปฏิบัติตามมาตรฐาน ตามเกณฑ์ของ รพ. แม่ข่าย ในการจัดบริการในโรงพยาบาล ต่อเนื่องถึง ระดับชุมชนและเครือข่ายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดระบบ Fast track IC, RDU, Patient , 2P Safety ,CPG</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๑ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๕ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

๒. คำนิยาม

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล(PCU/NPCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรที่ดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ ๘๐ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว

๓. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว โดยรักษาสภาพ ๒ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

จังหวัดมหาสารคาม มีแผน รพ.สต. ๑๗๕ แห่ง มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔ จำนวน ๑๗๕ แห่ง ผ่านเกณฑ์ ๕ ดาว จำนวน ๑๗๐ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๙๗.๑๔ เนื่องจากเกิดโรคระบาดCOVID-๑๙ กระบวนการพัฒนาคุณภาพจึงเน้นการพัฒนาด้วยระบบที่เลี้ยงภายในอำเภอ โดย รพ.สต. ประเมินตนเอง และร่วมกันพัฒนาส่วนขาดในระดับอำเภอ และบันทึกผลในระบบ GIS health PCU และส่งเอกสาร รพ.สต. Profile ลงนามรับรองโดย นพ.สสจ. มหาสารคาม

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕

เกณฑ์เป้าหมาย ระดับจังหวัดปี ๒๕๖๕

	ไตรมาส ๑ (๓ เดือน)	ไตรมาส ๒ (๖ เดือน)	ไตรมาส ๓ (๙ เดือน)	ไตรมาส ๔ (๑๒ เดือน)
Small success	- แต่งตั้ง คณะกรรมการ ประเมินระดับจังหวัด และระดับโซน - พัฒนาศักยภาพทีม ประเมิน - คู่มือและแนว ทางการประเมิน	- คณะทำงานระดับ โซนพัฒนา รพ.สต. เพื่อรับการประเมิน - คณะกรรมการ ระดับโซนประเมิน ไขว้ระหว่างโซน - ส่งผลการประเมิน ให้คณะกรรมการ ระดับจังหวัดออก ประเมินเพื่อ รับรองผล	- คณะกรรมการ ระดับจังหวัดประเมิน รับรองผลและ คัดเลือก รพ.สต. ดีเด่นระดับจังหวัด	- รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ คุณภาพ ร้อยละ ๗๕ (ผลงานสะสม)

๔. วัตถุประสงค์

รพ.สต. ติดดาว เครื่องมือพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากการพัฒนา รพ.สต. ติดดาว สามารถบอกได้ว่า ประชาชนได้รับประโยชน์อะไร จากการพัฒนา เนื่องจากการพัฒนาเป็นไปตามประเด็น พขอ./ODOP/OTOP สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย และปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่ บูรณาการกับกลไก ประชาชน ทุกครอบครัวมีหมอ ประจำตัว ๓ คน

๕. แหล่งข้อมูล

รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากร สุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (<http://gishealth.moph.go.th/pcu>) ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วย บริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ผลการประเมิน รพ.สต. ติดดาว	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ดาว (สะสม)
รายการข้อมูล ๒	B = รพ.สต. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสุมาลี ใหม่คามิ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงาน การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบ ธรรมาภิบาลและองค์กร คุณภาพ โครงการที่ ๔๑ : โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ ตัวชี้วัดที่ ๑๒๕ : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่าน เกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ถ่ายทอดนโยบายและกำหนดทิศทาง กระบวนการทำงาน ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ระดับจังหวัด ๓. พัฒนาศักยภาพทีมประเมินระดับจังหวัดและระดับโซน ๔. ประสานงานการประเมินรับรองและการประกวดในระดับเขตสุขภาพ และประเทศ ๕. กำกับติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ ๖. สรุปผลงานและถอดบทเรียน Best practice ประเด็น OTOP ๗. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการกับการดำเนินงานตามกลไก ประชาชนทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน และเผยแพร่ประชาสัมพันธ์สู่ สาธารณะ
	<p>แนวทางดำเนินระดับโซน/อำเภอ</p> <p>จังหวัดมหาสารคาม มี ๑๓ อำเภอ แบ่งเป็น ๓ โซน</p> <ul style="list-style-type: none"> - โซนเหนือ ประกอบด้วย อำเภอโกสุมพิสัย เขียงยืน กันทรวิชัย และชื่นชม - โซนกลาง ประกอบด้วย อำเภอเมือง แกด้า บรบือ และวาปีปทุม - โซนใต้ ประกอบด้วย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ยางสีสุราช นาเชือก และนาหว้า <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงและพัฒนาระดับอำเภอและระดับโซน ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ระดับโซน ๓. พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว ๔. ประเมินไขว้ระหว่างโซน ตามเกณฑ์และจำนวน รพ.สต. <p>ที่คณะกรรมการจังหวัดกำหนด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๕. คณะกรรมการระดับโซนรับรองผลและคัดเลือก รพ.สต. ดีเด่นระดับ โซน เพื่อให้ คณะกรรมการระดับจังหวัดออกประเมินเพื่อรับรอง และ คัดเลือกเป็นตัวแทนในการประกวด รพ.สต. ดีเด่นระดับเขต ในปี ๒๕๖๕ ๕. อำเภอกำกับดูแลให้ รพ.สต. ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลทั่วไปและการ ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาวถูกต้องครบถ้วน ตามระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu และรับรองผลการประเมินในระบบ ๖. อำเภอรวบรวมและสรุปผลงานของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามประเด็น ปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP) ๗. กำกับติดตามประเมินผล

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	<p style="text-align: center;">แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI^M /กรอบ Six Building Blocks</p>
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>๑. ประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต. ตีตดาว สรุปลักษณะ ทำแผนพัฒนา</p> <p>๒. บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ รพ.สต.ตีตดาว ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu</p> <p>๓. สรุปลงงานของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP)</p>

นิตยสารตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๑ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๖ สถานบริการผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)

๑๒๗ สถานบริการต้นแบบในการพัฒนานโยบาย EMS ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับสูง (The best)

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ Template จากกระทรวงสาธารณสุข

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

โครงการที่ ๔๒ : โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๘ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๑๒๘.๑ ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน

(Happinometer)

๑๒๘.๒ ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๒. คำนิยาม

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุขที่ทำงานน่ายุ และชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ได้แก่

ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้

ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล

ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร

ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรทั้งหมดของหน่วยงาน

๓.๒ เมืองค้ำกรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๐ ของหน่วยงานทั้งหมดในจังหวัด

ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ๒. เมืองค้ำกรแห่งความสุขที่มีระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๐	เมืองค้ำกรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๕	๑. ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ๒. เมืองค้ำกรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ ๓๐

ปี ๒๕๖๕

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- มีกลไกการสร้างสุขในทุกระดับ - นโยบาย - คณะกรรมการ/คณะทำงาน/นักสร้างสุข - โครงการ/แผนงานสร้างสุข	- ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share)	- เมืองค้ำกรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด ร้อยละ ๒๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

๕. สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(A / B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน

B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน

๖. แหล่งข้อมูล

๖.๑ โรงพยาบาลทั่วไป

๖.๒ โรงพยาบาลชุมชน

๖.๓ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖.๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖.๕ กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๗. รายการข้อมูล

๗.๑ ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่มีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

๗.๒ ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุธิดา คณะมะ

โทร ๐๘๑๙๕๔๕๐๘๙

๒. นางสาววิภาดา คงทรง

โทร ๐๘๕๑๔๐๐๑๑๙

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

E-mail: hrd.mkho.moph@gmail.com

**แนวทางการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล**

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๔๒ : โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข ตัวชี้วัดที่ ๑๒๘ : องค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพมาตรฐาน ๑๒๘.๑ ร้อยละของบุคลากร ในหน่วยงานมีการประเมิน ความสุขของคนทำงาน (Happinometer)</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ระดับจังหวัด ๒. จัดทำตัวชี้วัดและแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ๓. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสร้างสุขและคุณธรรม ๔. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer & HPI และองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ระดับจังหวัด ๕. ประชุมถ่ายทอดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ แนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๖๕ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ นักสร้างสุข ๕. ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ๗. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน
<p>๑๒๘.๒ ร้อยละองค์กรแห่ง ความสุขที่มีคุณภาพ</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ระดับ CUP ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ดำเนินการสร้างสุขและคุณธรรม ๓. มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานการสร้างสุขและคุณธรรมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ๔. มอบหมายบทบาท หน้าที่ แก่บุคลากร นักสร้างสุข เพื่อพัฒนางาน ๕. มีการใช้แอปพลิเคชันสร้างสุข และข้อมูลการ วิเคราะห์ความสุขของบุคลากร ทราบปัญหา ส่วนขาด ด้านความสุขของบุคลากร ๖. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer&HPI ระดับ CUP ๗. วิเคราะห์ผลการประเมิน Happinometer&HPI ๘. จัดทำแผนพัฒนาความสุขและคุณธรรมของหน่วยงานที่สอดคล้องกับผลการประเมิน Happinometer&HPI ๙. จัดกิจกรรมสร้างสุขตามแผนงานสร้างสุข มีผลการดำเนินงานชัดเจน ๑๐. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนสร้างสุข ๑๑. มีการสรุปกิจกรรมการดำเนินงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จ (Success Story) ๑๒. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share)

	๑๓. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน
แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน(ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <p>๑. ประสานงานระดับ CUP ในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข และคุณธรรม</p> <p>๒. มอบหมายบทบาท หน้าที่ แก่บุคลากร นักสร้างสุข</p> <p>๓. การใช้แอปพลิเคชันสร้างสุข และข้อมูลการ วิเคราะห์ความสุขของบุคลากร ทราบปัญหา ส่วนขาด ด้านความสุขของบุคลากร</p> <p>๔. จัดทำฐานข้อมูลในการประเมิน Happinometer&HPI ระดับหน่วยงาน</p> <p>๕. วิเคราะห์ผลการประเมิน Happinometer&HPI</p> <p>๖. จัดทำแผนพัฒนาความสุขและคุณธรรมของหน่วยงานที่สอดคล้องกับ ผลการประเมิน Happinometer&HPI</p> <p>๗. จัดกิจกรรมสร้างสุขตามแผนงานสร้างสุข มีผลการดำเนินงานชัดเจน</p> <p>๑. สรุปผลการดำเนินงานตามแผนสร้างสุข</p> <p>๒. มีการสรุปกิจกรรมการดำเนินงาน ถอดบทเรียนความสำเร็จ (Success Story)</p> <p>๓. ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข (Learn and Share)</p> <p>๔. จัดระบบควบคุมติดตามผลการดำเนินงาน</p>

นิยามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒๙ ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

๒. คำนิยาม

๑) **คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย** หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ ๔๐ ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ

ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ

ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้

- symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD๑๐ codes R๐๐-R๙๙)
- injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD๑๐ Code Y๑๐-Y๓๔, Y๘๗.๒)
- ill-defined cancers (ICD๑๐ Code C๘๐, and C๙๗)
- ill-defined cardiovascular diseases (ICD๑๐ Code I๔๗.๒, I๔๙.๐, I๔๖, I๕๐, I๕๑.๔, I๕๑.๕, I๕๑.๖, I๕๑.๙ and I๗๐.๙).

๒) **หน่วยงานสาธารณสุข** หมายถึง สถานบริการด้านสาธารณสุขตั้งแต่ระดับ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล

๓) **สารสนเทศสุขภาพ** หมายถึง ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน ในรูปแบบ **ชุดข้อมูลมาตรฐาน**

๔) **ชุดข้อมูลมาตรฐาน** คือ ชุดข้อมูลที่ประมวลผลและส่งออกมาจากโปรแกรมบันทึกข้อมูลด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน โดยต้องมีความครบถ้วนสมบูรณ์ตาม โครงสร้างฐานข้อมูลในรูปแบบ แฟ้มมาตรฐาน ตามประกาศโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข Version ๒.๓ <http://thcc.or.th>

๕) **คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC)** หมายถึง โปรแกรมที่พัฒนาโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ร่วมกับสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า Health Data Center หรือ HDC เป็นระบบที่หน่วยบริการทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องดำเนินการในทุกจังหวัด มีกระบวนการทำงานดังนี้

๕.๑ นำเข้าข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน

๕.๒ จัดทำสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดในระดับต่าง

๕.๓ จัดส่งข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด ไปยังสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการข้อมูล	๒๕๖๕
ร้อยละของอำเภอ ที่มีข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	น้อยกว่า ๔๐ %

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อการพัฒนาาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้มี ความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนการส่งข้อมูลต่อไปในระดับประเทศ

๕. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอ ที่มีข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ น้อยกว่าร้อยละ ๔๐
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอ
สูตรคำนวณ	๑. ร้อยละของอำเภอ ที่มีข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ : $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล /แหล่งข้อมูล

รายการข้อมูล	แหล่งข้อมูล
จัดทำโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ในระดับ คปสอ.รพ สสอ. รพ.สต. ในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ ที่ศูนย์ข้อมูลกลางระดับอำเภอ (District Health Data Center : DHDC)	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ
คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล	- คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center – HDC) http://mkm.hdc.moph.go.th/hdc/
คุณภาพสาเหตุการตาย (Ill Defined))	- ฐานข้อมูลการตาย กระทรวงมหาดไทย - คุณภาพการให้สาเหตุการตายจังหวัด มหาสารคาม http://๒๐๓.๑๕๗.๑๘๕.๒๘/ph_stat

๖. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์ ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

E-Mail: thait-rex@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)

๑. ตัวชี้วัด ๑๓๐ ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

ตัวชี้วัด ๑๓๑ ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วนมากกว่าร้อยละ ๘๐

๒. คำนิยาม

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ และสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ 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 mod๑๑ กรณีสัญชาติไทย
๒. ข้อมูลเพศ (sex)
 - ตรงตามรหัสมาตรฐาน
๓. ข้อมูลสัญชาติ (nation)
 - ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็น ต่างด้าว

ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย

๔. ข้อมูลวันเกิด (birth)
 - เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และ

ไม่เกิน ๑๒๐ ปี

๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)

- ตรงตามรหัสมาตรฐาน
- กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของ

บุคคลนั้น

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประเมินทุกวันที่ ๑ ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (๑ ธันวาคม, ๑ มีนาคม, ๑ มิถุนายน และ ๑ กันยายน)

คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค และคุณภาพการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย

๑. คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค

๒. คุณภาพการบันทึกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้างมาตรฐานด้านการแพทย์และสุขภาพตามเอกสารการประเมินคุณภาพข้อมูลฯ

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

- ๑.๑ นำเข้าข้อมูลตามชุดข้อมูลมาตรฐาน
- ๑.๒ จัดทำสารสนเทศด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองตัวชี้วัดในระดับต่าง
- ๑.๓ จัดส่งข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด ไปยังสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป

๒. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ

กลุ่มเป้าหมาย

ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศจังหวัดมหาสารคาม (CIO)

๕. แหล่งข้อมูล

๑. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

๒. Health data Center : HDC จังหวัดมหาสารคาม

๓. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน หน่วยงานสาธารณสุข ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยงานสาธารณสุข (ยกเว้น สสอ.)
สูตรคำนวณ	๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล: $(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชาติ แก้วม่วง

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์ ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

E-Mail: thait-rex@hotmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยี สุขภาพแห่งชาติ (NHIS) ตัวชี้วัดที่ ๑๓๐ ร้อยละของ จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล ๑๓๑ ข้อมูลบริการ สุขภาพ : คุณภาพเวช ระเบียนและการ วินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมี ความถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ ๘๐</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ๓. ประชุม VDO Conference ติดตามคุณภาพข้อมูลโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๔. สรุปข้อสั่งการ CIO เข้า กวป.ทุกเดือน ๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ประจำปี ๒๕๖๕
	<p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศระดับอำเภอ (CIO) ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเกณฑ์คุณภาพข้อมูลให้กับหน่วยบริการ ๓. พัฒนาข้อมูลที่ไม่ผ่านเกณฑ์โดยคณะกรรมการ CIO ระดับอำเภอ ๔. ดำเนินการตามข้อสั่งการ CIO จังหวัดมหาสารคาม ๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศระดับอำเภอ (CIO) ประจำปี ๒๕๖๕
	<p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ปรับปรุงแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดตามคำแนะนำของคณะกรรมการ CIO ระดับอำเภอ ๒. สรุปผลการแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๒ ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน

๒. คำนิยาม

ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน หมายถึง กระบวนการพัฒนาคุณภาพ เวชระเบียนผู้ป่วยในเพื่อให้มีคุณภาพตามเกณฑ์/มาตรฐานที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	-	ระดับ ๕

๔. วัตถุประสงค์

เวชระเบียนผู้ป่วยในมีคุณภาพตามเกณฑ์/มาตรฐานที่กำหนด

๕. แหล่งข้อมูล

รายงานผลการดำเนินงาน/การประเมินตนเองของหน่วยบริการ รพท.,รพช.

การติดตามตรวจสอบการดำเนินงานในหน่วยบริการ รพท.,รพช

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล : ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	
ระดับ ๑	แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน
ระดับ ๒	มีแผนการตรวจสอบเวชระเบียนที่ระบุกิจกรรมและผู้รับผิดชอบชัดเจน
ระดับ ๓	มีผลการตรวจสอบเวชระเบียน (Internal Audit) ข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงแก้ไข แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ทุกเดือน
ระดับ ๔	มีสรุปผลการตรวจสอบเวชระเบียน และผลการปรับปรุงแก้ไขที่เป็นผลจากการตรวจสอบเวชระเบียน (Internal Audit หรือ External Audit) รายงานผู้บริหารอย่างน้อยไตรมาส ละ ๑ ครั้ง
ระดับ ๕	เวชระเบียนผู้ป่วยใน (External Audit) มีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- ๑) นางไศภิตา จิตรวิกรานต์ โทร.๐๘-๔๕๑๗-๔๓๕๘
- ๒) นางรติญา ประสาระเอ โทร.๐๘-๙๘๖๑-๓๘๒๓
- ๓) นายธัญนิชา โตหนองหว่า โทร.๐๘-๑๒๖๑-๔๗๑๔

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาาระบบข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔๓ : โครงการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสุขภาพ แห่งชาติ(NHIS) ตัวชี้วัดที่ ๑๓๒ : ระดับความสำเร็จใน</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประสานแผนการดำเนินงานตรวจสอบเวชระเบียนกับสปสช. เขต ๗ ขอนแก่น ๒. ประสานหน่วยบริการในจังหวัดให้เข้าร่วมประชุมชี้แจงตามแผนการดำเนินงานตรวจสอบเวชระเบียนของสปสช. เขต ๗ ขอนแก่น ๓. ติดตามการดำเนินงานของหน่วยบริการอย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๔. ออกนิเทศติดตามการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๖๕ ๕. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานเวชระเบียน ประจำปี ๒๕๖๕
<p>การพัฒนางาน เวช ระเบียนผู้ป่วยใน</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบเวชระเบียน ประจำปี ๒๕๖๕ ๒. จัดทำแผนการตรวจสอบเวชระเบียนระบุกิจกรรมและผู้รับผิดชอบชัดเจน ๓. มีการตรวจสอบเวชระเบียนของหน่วยบริการ (Internal Audit), สรุปข้อเสนอแนะและแนวทางปรับปรุงแก้ไข แจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ ทุกเดือน ๔. มีสรุปผลการตรวจสอบเวชระเบียน และผลการปรับปรุงแก้ไขที่เป็นผลจากการตรวจสอบเวชระเบียน (Internal Audit) รายงานผู้บริหารอย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง ๕. มีรายงานผลคุณภาพเวชระเบียน (External Audit) และผลการทบทวน นำเสนอผู้บริหารอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๔ : โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๓ ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))

ตัวชี้วัดที่ ๑๓๔ ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Records)

๒. คำนิยาม :

๑. Health Information Exchange (HIE) หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานในระบบสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการระบบสุขภาพข้อมูลในการแลกเปลี่ยน หมายถึง ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม) ที่มีในคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ (HDC) ตามขอบเขตที่คณะกรรมการพัฒนาระบบระเบียบสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Records (PHRs)) กำหนด เช่น ข้อมูลบุคคล ข้อมูลการได้รับวัคซีน ข้อมูลการฝากครรภ์ เป็นต้น

๒. เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเอง หมายถึง ประชาชนมีสิทธิ์ในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด

๓. ข้อมูลสุขภาพ หมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลกลุ่มโรค NCD โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) เป็นต้น

๔. Personal Health Record: PHRs หมายถึง ระบบระเบียบสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล เป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุนด้านการบริการระบบสุขภาพระดับจังหวัดให้เกิดประสิทธิภาพและจัดการปัญหาด้านสุขภาพของโรคที่เกิดกับประชากรในพื้นที่ ช่วยบริหารและจัดการสนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยมาตรฐานที่แลกเปลี่ยนกันได้แบบทันที มีความถูกต้อง รวดเร็ว ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลาโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ Tablet หรือ อุปกรณ์ Smart Devices

๕.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รายการข้อมูล	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ไม่น้อยกว่า ๖๐	ไม่น้อยกว่า ๖๐	ไม่น้อยกว่า ๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ เพื่อตอบสนอง E-Health ๔.๐
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาได้ทุกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อมูลสุขภาพของตนเอง
๓. เพื่อให้แพทย์ใช้ข้อมูลประวัติสุขภาพของผู้ป่วยชุดเดียวกัน ช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรค ส่งเสริมในการบำบัดรักษาโรคได้อย่างต่อเนื่อง

๕. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการที่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด (กำหนดเป้าหมายแต่ละปี)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๖. รายการข้อมูล /แหล่งข้อมูล

รายการข้อมูล	แหล่งข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานในระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ๒. http://nrefer.moph.go.th ๓. ระยะ ๒๐ ปี : สืบมาจากหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	๑. คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ สธ. หรือฐานข้อมูลกลาง สธ. ที่เกี่ยวข้อง ๒. ระยะ ๒๐ ปี : คลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพกลางของประเทศ
วิธีการประเมินผล	๑. ตรวจสอบข้อมูลจาก Logfile การเข้าใช้งาน Data Exchange
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข จัดทำโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. มาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างระบบงานด้านสาธารณสุข

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์ ๐๖๔ ๘๒๘๒๓๓๙

E-Mail: thait-rex@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

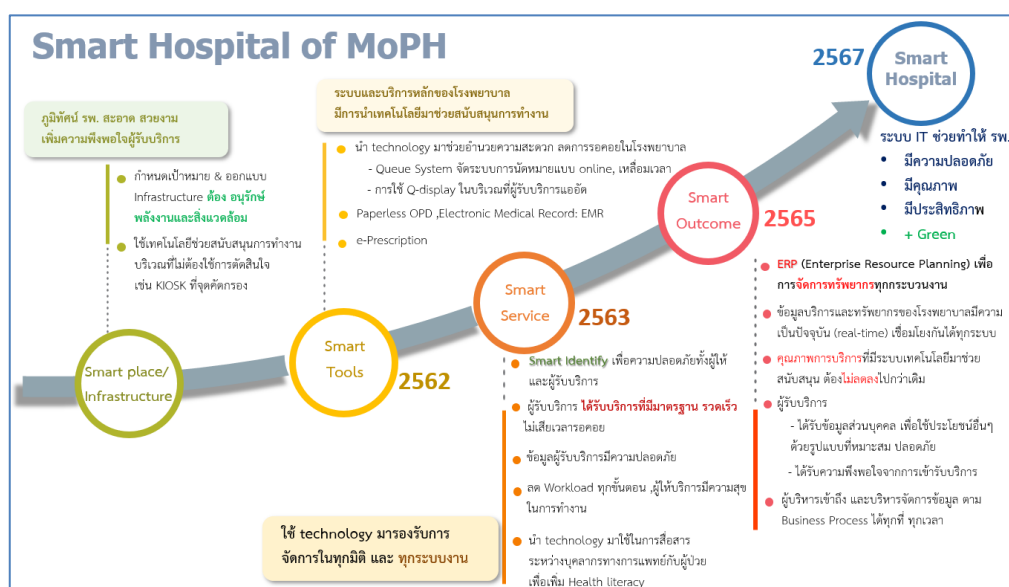
โครงการที่ ๔๕ : โครงการ Smart Hospital

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๕ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น Smart Hospital

ตัวชี้วัดย่อย ๑๓๕.๑) รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์

๒. คำนิยาม

๑. Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม



๑) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

๒) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

๓) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับความบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

๔) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ 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 และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

๒. เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม ,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับความบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์(Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look
*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***	

**** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ**
ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการ
ดำเนินงาน ดังนี้

๑) Smart Place

๑.๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

๒) Smart Tools (อย่างน้อย ๒ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๒.๑ Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

๒.๒ Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด เช่น คิวพบแพทย์

๒.๓ Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

๓) Smart Services (อย่างน้อย ๔ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๓.๑ BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

๓.๒ BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

๓.๓ BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

๓.๔ BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด บริการ OPD

๓.๕ BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม



รพ. ระดับ S 80% รพ. ระดับ F1, F2, F3 50%

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๖
๑) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Place Smart Tools และ Smart Services	-	-	-	-
๒) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย

๒. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ

๓. บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

๔. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital

กลุ่มเป้าหมาย

โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

๕. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นายเดชาชิต แก้วม่วง

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

โทรศัพท์ ๐๖๔ ๘๒๘๒๙๓๙

E-Mail: thait-rex@hotmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔๕ : โครงการ Smart Hospital ตัวชี้วัดที่ ๑๓๕ : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ เป็น Smart Hospital ตัวชี้วัดย่อยที่ ๑๓๕.๑ : รพ. มีระบบนัดและคิว ออนไลน์</p>	<p>แนวทางดำเนินระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา Digital Transformation ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital ๒๕๖๕ ๓. ประชุม VDO Conference ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกับโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบสารสนเทศของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ๔. สรุปผลการดำเนินงาน เข้า กวป.ทุกเดือน ๕. สรุปผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนา Digital Transformation ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CIO) ประจำปี ๒๕๖๕ <p>แนวทางดำเนินระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ๒. ประชุมชี้แจงเกี่ยวข้องในการพัฒนา โรงพยาบาลสู่ Smart Hospital ๓. สรุปผลคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบ ตาม Smart Hospital ประจำปี ๒๕๖๕ <p>แนวทางดำเนินระดับตำบล</p> <p>ไม่ต้องดำเนินการ</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๕ : โครงการ Smart Hospital

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบรับยาที่ร้านยา โดยใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (e-prescription)

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลที่มีระบบรับยาที่โรงพยาบาล หมายถึง การจัดบริการของโรงพยาบาล ที่มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการรอรับยานาน ลดภาระการเดินทาง รวมถึงได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกรอย่างละเอียดเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ผู้ป่วยที่สามารถไปรับยาที่ร้านยาตามโครงการฯ ได้นั้น ต้องเป็นผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ หรือสิทธิบัตรทอง เริ่มต้นในกลุ่มผู้ป่วย ๔ โรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด โรคจิตเวช หรือโรคเรื้อรังที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแล โดยผู้ป่วยจะต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีความสะดวกในการรับบริการที่ร้านยาใกล้บ้านหรือที่ผู้ป่วยสะดวกรับบริการโดยที่โรงพยาบาล และร้านยาจะต้องมีการเชื่อมข้อมูลเฉพาะในส่วนที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย รวมถึงระบบการติดตามผลที่เกิดขึ้นหลังจากที่ได้ส่งผู้ป่วยออกไปรับยาที่ร้านยา (Medication Error/ADR ที่เกิดขึ้นจากยา)

ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการคือร้านยาที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่ สปสข กำหนด คือ ต้องเป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย๑) และผ่านมาตรฐาน GPP(Good pharmacy practice)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๓	๒๕๖๔
จำนวนโรงพยาบาลที่มีระบบรับยาที่ร้านยา	๑ แห่ง/เขต	๑ แห่ง/เขต
เป้าหมายการดำเนินงานของจังหวัด		
เป้าหมายเชิงปริมาณ		
(๑) จำนวนร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ	≥ ๑๐ร้าน/รพ	≥ ๑๐ร้าน/รพ
(๒) จำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายซึ่งผ่านเกณฑ์สมัครใจเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา	≥ ร้อยละ ๒๐ ของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายทั้งหมด*	≥ ร้อยละ ๔๐ ของจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายทั้งหมด*
เป้าหมายเชิงคุณภาพ		
ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ร้านยา (พอใจระดับดีมากขึ้นไป)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐

*เป้าหมายของจังหวัดอ้างอิงจากข้อมูลกระทรวงและสามารถปรับแก้ไขตามข้อมูลจริงของจังหวัด

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้ผู้ป่วยลดระยะเวลาในการรอรับยานาน ลดภาระการเดินทาง โดยการจัดบริการรับยาที่ร้านยาที่ใกล้บ้าน หรือใกล้ที่ทำงานของผู้ป่วย

๔.๒ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกรอย่างละเอียดเพิ่มมากขึ้น เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย

๕. แหล่งข้อมูล

- ๕.๑ รายงานที่ทางโรงพยาบาลได้นำเสนอต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ๕.๒ รายงานผลการตรวจประเมินคุณภาพร้านยา
- ๕.๓ ข้อมูลจำนวนจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์สามารถรับยาที่ร้านยาได้
- ๕.๔ ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่สมัครใจและไปรับยาที่ร้านยา
- ๕.๕ ข้อมูลรายงานการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ที่รายงานมาจากร้านยา
- ๕.๖ ข้อมูลระบบติดตามการเกิด Medication Error
- ๕.๗ ข้อมูลระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ
- ๕.๘ ข้อมูลระยะเวลารอคอยในการรับยา ณ จุดจ่ายยาผู้ป่วยนอก ก่อน-หลัง เริ่มโครงการ
- ๕.๙ รายงานและเอกสารอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

๖. รายการข้อมูล

- ๖.๑ จำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบันที่เข้าร่วมโครงการ
- ๖.๒ จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ
ร้อยละจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมายซึ่งผ่านเกณฑ์
สมัครใจเข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยา = $(A/B) \times 100$
A = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์รับยาที่ร้านยาและสมัครใจรับยา
B = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
- ๖.๓ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ = $(C/D) \times 100$
C = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการรับยาที่ร้านยามีความพึงพอใจระดับดีมากขึ้นไป
D = จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจความพึงพอใจทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววรรษมน สัจจงพงษ์

โทร. ๐๘๕-๕๙๗๗๗๙๒

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔๕ : โครงการ Smart Hospital ตัวชี้วัดที่ ๑๓๖ : จำนวนโรงพยาบาลที่มี ระบบรับยาที่ร้านยา</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายลดแออัดโดยร้านขายยา (ขย ๑) ๒. สื่อสารนโยบาย กำหนดแนวทางการดำเนินงาน กำหนดแนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน ๓. ประเมินมาตรฐานร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ ๔. ประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อให้ประชาชนได้ทราบ ๕. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตาม ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุปสรรคเพื่อให้ผลงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ๖. สรุปรายงานผลการดำเนินงานเรียนผู้บริหารรับทราบ <p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล ๒. กำหนดกลุ่มโรคเป้าหมาย และเกณฑ์ผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ๓. ประชาสัมพันธ์โครงการแก่ประชาชนในพื้นที่ทราบ ๔. กำหนดระบบการส่งต่อผู้ป่วย และระบบงานคุณภาพบริการของร้านยาที่จะเชื่อมต่อกับโรงพยาบาล ๕. ติดตามผลคุณภาพบริการของร้านยา เพื่อความปลอดภัยด้านยาและความพึงพอใจของผู้ป่วย อย่างน้อย ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ๕.๑ ระบบการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพ (APR) ๕.๒ ระบบติดตามการเกิด Medication Error ๕.๓ ระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ ๕.๔ มีการวัดระยะเวลารอคอยในการรับยา ณ จุดจ่ายยาผู้ป่วยนอก ก่อน-หลัง เริ่มโครงการ ๖. พัฒนาศักยภาพร้านขายยากรณีพบปัญหาหรือเพื่อส่งเสริมคุณภาพการให้บริการ ๗. ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานของโรงพยาบาล เพื่อติดตาม ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุปสรรคให้ผลงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนด (ตัววัดความสำเร็จ มีจำนวนร้านยา และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด)

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m M /กรอบ Six Building Blocks
	<u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u> ๑. ประชาสัมพันธ์โครงการแก่ประชาชนในพื้นที่ทราบ

นียมตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ การด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔ ระดับ ๖ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖

๒. คำนียาม

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) ดังนี้

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพ สินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
๑.๑ $CR < ๑.๕$	๑	$CR = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
๑.๒ $QR < ๑.๐$	๑	$QR = \text{เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{และลูกหนี้} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
๑.๓ $Cash < ๐.๘$	๑	$Cash Ratio = \text{เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด} / \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) $NWC < ๐$	๑	$\text{เงินทุนหมุนเวียน} = \text{สินทรัพย์หมุนเวียน} - \text{หนี้สินหมุนเวียน}$
๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) $NI < ๐$	๑	$\text{ผลประกอบการสุทธิ} = \text{รายได้} - \text{ค่าใช้จ่าย}$
๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหา การเงินรุนแรง มี ๒ มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับการระการขาดทุนเฉลี่ยต่อ เดือน (กรณี NWC เป็นบวก & มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง สามารถดูได้ทั้ง ๒ มิติ

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรง ของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจ หมด > ๖ เดือน	๐	เนื่องจากทั้ง ๒ มิติ มีผลกระทบต่อ ความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือ แต่มีผล การดำเนินงานขาดทุน 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 แต่ ขาดเงินทุนหมุนเวียน
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 เป็น บวก	๐	
๓.๔ กรณี NWC ติดลบ & มี NI เป็น ลบ	๒	

การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ ๗ คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ไม่มีระดับ ๗ ในไตรมาส ๓)	๐ แห่ง	๐ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของหน่วยบริการให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ได้แก่ ความสามารถซึ่งเกี่ยวข้องกับการได้มา การเก็บรักษา และการใช้ไปของทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือสร้างโอกาสให้ทรัพยากรนั้นมีมูลค่าสูงขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการมีปัญหาทางการเงินลดลงหรือไม่มีปัญหาทางการเงิน ประกอบด้วย

๑) ความสามารถในการดำเนินงานลงทะเบียนสิทธิ (UC coverage) เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและบรรลุตามเกณฑ์

๒) ความสามารถในการดำเนินงานการตรวจสอบคุณภาพเวชระเบียนเพื่อการเรียกเก็บชดเชยค่าบริการทางการแพทย์เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดและบรรลุตามเกณฑ์

๓) ความสามารถในการเพิ่มรายได้และลดค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับแผนประมาณการรายได้-ค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รวมทั้งการพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้

๔) ความสามารถในการบริหารจัดการให้ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยระดับบริการเดียวกัน ทั้งต้นทุนผู้ป่วยนอกและต้นทุนผู้ป่วยใน

๕) ความสามารถในการดำเนินงานในการบริหารการเงินการคลังอย่างมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ในระดับ CUP และเครือข่ายบริการ

๖) เพื่อให้หน่วยบริการทุกระดับ มีระบบการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ ที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นการเรียกเก็บฯ ให้มีความครอบคลุม ถูกต้อง แม่นยำ ส่งผลให้หน่วยบริการมีรายได้เพิ่มขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) ,สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโปรแกรมบริการจัดการลูกหนี้ (RCM)

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนตามเกณฑ์ที่ประเมินได้จริง
รายการข้อมูล ๒	B = คะแนนตามเกณฑ์ที่ประเมินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด:

- | | |
|--------------------------|------------------|
| ๑. นางศศิธา จิตรวิกรานต์ | โทร. ๐๘-๔๕๑๗๔๓๕๘ |
| ๒. นางธัญณิชา ไทหนองหว่า | โทร. ๐๘-๑๒๖๑๔๗๑๔ |

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^๓ M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้าน การเงินการคลังสุขภาพ โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ การ ด้านการเงินการคลัง ตัวชี้วัดที่ ๑๓๗ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤติทาง การเงิน ระดับ ๗ ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๔ ระดับ ๖ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้ง คกก. CFO ระดับจังหวัด ๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ มีหลักเกณฑ์ในการปรับเกลี่ยวงเงินตามที่เขตกำหนด ๒.๒ ปรับเกลี่ยวงเงินตามที่กระทรวง/เขต กำหนด ๒.๓ ติดตามการจัดสรรงบประมาณ/เขตฯตามเวลาที่กำหนด ๓. กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ กำหนดมาตรการเพื่อขับเคลื่อนนโยบายการจัดทำแผนทางการเงินตามกระทรวงกำหนด ๓.๒ ตรวจสอบการจัดทำแผนทางการเงินและความเสี่ยงของหน่วยบริการในจังหวัด ๓.๓ ตรวจสอบ อนุมัติ ปีละ ๒ ครั้ง กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน ๔. จัดทำข้อตกลงการให้บริการด้านสาธารณสุข ๕. จัดทำแผนปฏิบัติการ ๖. จัดเวที KM ภายใน/นอกจังหวัด/จัดเวทีสรุปผลงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ๗. อบรมพัฒนาศักยภาพฯนิเทศ/ประเมินผล ๘. วิเคราะห์/เสนอข้อมูลต่อ กวป.และผู้เกี่ยวข้องไตรมาส ละ ๑ ครั้ง ๙. จัดระบบกำกับติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการแต่ละอำเภอ
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แต่งตั้งคกก.CFO ระดับอำเภอ ๒. การจัดสรรเงินอย่างพอเพียง (Sufficient Allocation) <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับรพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๒.๒ คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ยื่นกลาง/เขต กำหนด ๓.๓ คณะกรรมการมีการจัดทำแผนจัดเก็บรายได้ รายจ่ายประจำปี/พัฒนาศักยภาพทีม CFO ทีมจัดเก็บรายได้ ปรับปรุงโปรแกรมที่เกี่ยวข้องให้เป็นปัจจุบัน ทันสมัย และมีตัวเลขรายได้และรายจ่ายขึ้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m /กรอบ Six Building Blocks
	<p>๓. กำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management)</p> <p>๓.๑ จัดทำแผนทางการเงินให้เป็นที่ไปตามนโยบายของ เขต/ จังหวัด</p> <p>๓.๒ บริหารแผนทางการเงินให้เป็นที่ไปตามเป้าหมาย</p> <p>๓.๓ กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงิน</p> <p>๔. จัดทำแผนปฏิบัติการ</p> <p>๕. คปสอ./คณะกรรมการ CFO มีการประชุม โดย มีการวิเคราะห์ปัญหา ด้านการเงินการคลังและหาแนวทางแก้ไข อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้งและ ส่งรายงานการประชุมให้สสจ.ภายในวันที่ ๒๐ ของเดือนถัดจากการประชุม</p> <p>๖.จัดระบบกำกับติดตามการดำเนินงานของ รพ.สต.</p> <p>๗. จัดทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการเงินการคลังอย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <p>๑.วิเคราะห์และรายงานสถานการณ์การเงินของ รพ.สต. อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๒.แก้ไขปัญหาและประสานการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ การด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๘ ร้อยละโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล

๒. คำนิยาม:

ราคาต่อการรายงานผล หมายถึง คำนวณตามจำนวนหน่วยบรรจุภัณฑ์ของน้ำยาตรวจวิเคราะห์ โดยคำนวณ เป็น test ต่อหน่วยบรรจุภัณฑ์ และผู้ขายต้องชดเชยน้ำยาที่ใช้ในการทำ IQC, EQA, Calibration และชดเชยน้ำยาที่ไม่ได้จำนวน Test ตามที่ระบุไว้ข้างบรรจุภัณฑ์ รวมถึงการจัดหาเครื่องอัตโนมัติ ค่าการติดตั้ง การสอบเทียบ การ Verification ระบบ Laboratory Information System (LIS) Internal Quality Control (IQC) External quality Assessment (EQA) การฝึกอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ทุกระดับในการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ และ Accessories ทั้งหมด รวมทั้ง การบำรุงรักษา ซ่อมแซมและแก้ไข ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าอะไหล่ทั้งหมดเพื่อให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ต่อเนื่อง

จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล จำแนกตามขนาดของ โรงพยาบาล ดังนี้

ขนาด S จำนวน	๕๗ รายการ
ขนาด M๒, F๑ จำนวน	๓๒ รายการ
ขนาด F๒, F๓ จำนวน	๒๕ รายการ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	๘๐	๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารเวชภัณฑ์ประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์ และควบคุมมูลค่าการจัดซื้อให้มีความเหมาะสม ได้คุณภาพสูงสุด

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบการรายงานทางห้องปฏิบัติการ

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

S =	(จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล x ๑๐๐) / ๕๗
M๒, F๑ =	(จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผลx๑๐๐) / ๓๒
F๒, F๓ =	จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผลx๑๐๐) / ๒๕

เหตุผล :

๑. การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติของแต่ละโรงพยาบาลมีมูลค่าประมาณร้อยละ ๘๐ ของงบประมาณการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งหมด
๒. อายุการใช้งาน (เครื่องเก่าและเครื่องใหม่) และการบำรุงรักษาเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติมีผลต่อปริมาณการใช้น้ำยาของเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ
๓. การจัดซื้อต่อการรายงานผลเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลควบคุมค่าใช้จ่ายได้

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	๗๖.๙๒

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^m /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้าน การเงินการคลังสุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ ด้าน การเงินการคลัง</p> <p>ตัวชี้วัดที่ ๑๓๘ : ร้อยละโรงพยาบาลที่จัดซื้อ วัสดุวิทยาศาสตร์ที่ตรวจ วิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติ ในราคาต่อการรายงานผล</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <p>๑. กำหนดรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติตามระดับหน่วยบริการ</p> <p>๒. ประชุมคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องของระดับจังหวัดเพื่อมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน</p> <p>นิเทศติดตามและประเมินการดำเนินงาน .๓</p> <p>สรุปผลการดำเนินงานรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบ .๔</p> <hr/> <p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p>๑. จัดซื้อรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติตามรายการที่กำหนด</p> <p>๒. รายงานผลการจัดซื้อต่อการรายงานตามรายการที่กำหนด ไตรมาสละ ๑ ครั้ง</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ การด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓๙ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ

๒. คำนิยาม

ระดับความสำเร็จในการ ดำเนินงานศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ หมายถึง ศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ (ระดับรพท.,รพช.) มีคุณภาพ ตามเกณฑ์การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) ตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ และศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ (ระดับรพ.สต.) มีคุณภาพเกณฑ์แบบสอบถามระบบการตรวจสอบภายในด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งมีระบบตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยรพท. รพช.	๖๑.๕๔	๘๐.๐๐
ศูนย์จัดเก็บรายได้ในหน่วยรพ.สต.	-	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

หน่วยบริการ รพท.,รพช. ใช้ผลการประเมินตามเกณฑ์การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (๔S๔C) ตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ รพ.สต. ใช้ผลการประเมินตามเกณฑ์แบบสอบถามระบบการตรวจสอบภายในด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงตามแนวทางที่จังหวัดกำหนด

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนตามเกณฑ์ที่ประเมินได้จริง
รายการข้อมูล ๒	B = คะแนนตามเกณฑ์ที่ประเมินทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- ๑) นางศุภิตา จิตรวิภานนท์ โทร.๐๘-๕๕๑๗-๕๓๕๘
- ๒) นางรติญา ประสาระเอ โทร.๐๘-๙๘๖๑-๓๘๒๓
- ๓) นายวิโรจน์ ละครพล โทร.๐๙-๓๕๕๒-๗๓๓๗

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานประกันสุขภาพ

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้าน การเงินการคลังสุขภาพ โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ การด้าน การเงินการคลัง ตัวชี้วัดที่ ๑๓๙ : ระดับความสำเร็จในการ ดำเนินงานศูนย์จัดเก็บ รายได้ในหน่วย บริการ</p>	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งคณะทำงานจัดเก็บรายได้ที่ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกงาน ในระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล ประจำปี ๒๕๖๕ ๒. จัดทำแผนการดำเนินงาน ประจำปี ๒๕๖๕ ๓. จัดประชุมชี้แจงและติดตามการดำเนินงานอย่างน้อยทุกไตรมาส/จัด เวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้/กำหนดเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลราชการ ปี ๒๕๖๕ ๔. ออกนิเทศติดตามผลการดำเนินงาน (Audit, ระบบจัดเก็บรายได้) ๕. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานระบบจัดเก็บรายได้จังหวัด มหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๕ รายเดือน/ไตรมาส <p>แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคำสั่งคณะทำงานจัดเก็บรายได้ที่ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกงาน ระดับอำเภอ/ ตำบล ประจำปี ๒๕๖๕ ๒. จัดทำแผนการดำเนินงานและแผนจัดเก็บรายได้ลดรายจ่าย ประจำปี ๒๕๖๕ ๓. มีการประชุม และรายงานผลการดำเนินงานอย่างน้อยไตรมาสละครั้ง ๔. มีรายได้จากการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฯ (รายได้รวมจาก การเรียกเก็บทุกสิทธิ) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูลจากในช่วงเวลา เดียวกันในปีที่ผ่านมา (ไตรมาส ๓ ปี ๒๕๖๔ เทียบ ปี ๒๕๖๕) ๕. ศูนย์จัดเก็บรายได้ในโรงพยาบาลมีคุณภาพ \geqร้อยละ ๘๐
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คำสั่งผู้รับผิดชอบงานจัดเก็บรายได้ ๒. มีFlow Chart การดำเนินงาน ๓. มีการพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานจัดเก็บรายได้ ๔. มีการดำเนินงานจัดเก็บรายได้อย่างน้อย ๑ สิทธิ (พรบ., UC, อปท. ประกันสังคม) ๕. มีสรุปรายงานแสดงได้จากการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ฯ เสนอผู้บริหารทุกเดือน ๖. ศูนย์จัดเก็บรายได้ในรพ.สต.มีคุณภาพ \geqร้อยละ ๑๐๐

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๐ คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ

๒. คำนิยาม

การบันทึกบัญชีของหน่วยงานในสังกัด จะต้องเป็นไปตามนโยบายการบันทึกบัญชีของกระทรวงสาธารณสุขและการส่งงบทดลองทันตามเวลาที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
คุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการ	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดจัดทำระบบบัญชีได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และสามารถส่งงบทดลองได้ทันตามกำหนดเวลา

๕. แหล่งข้อมูล

งบทดลองจากหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

ตรวจสอบงบทดลองของหน่วยบริการพร้อมเอกสารประกอบรวมทั้งทะเบียนคุมต่างๆ ตามแบบประเมินจำนวน ๒๑๗ ข้อ

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวบัวขาว กะฐินใหม่ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

๒. นางสาวอัจฉรานันท์ บัณทิจิต ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้าน การเงินการคลังสุขภาพ โครงการที่ ๔๖ : โครงการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง ตัวชี้วัดที่ ๑๔๐ : คุณภาพระบบบัญชีของ หน่วยบริการ</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สสจ. แจ้งรายการตรวจสอบระหว่างกัน ให้กับ รพท และ รพช ตรวจสอบเพื่อบันทึกบัญชีให้ครบถ้วน. ๒. สสจ.ออกตรวจสอบงบทดลองพร้อมเอกสารประกอบงบการเงิน รวมทั้งทะเบียนคุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ๓. เมื่อตรวจพบรายการผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วน แจ้งให้หน่วยรับตรวจ แก้ไขให้ถูกต้อง
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. บันทึกบัญชีประจำเดือนตามรายการที่เกิดขึ้น ๒. รพช. แต่ละแห่ง แจ้งรายการระหว่างกัน ๓. จัดทำงบการเงินให้ถูกต้องตามหลักฐาน ๔. จัดทำทะเบียนคุมงบการเงินต่างๆ ให้ตรงกับงบการเงิน ๕. ตรวจสอบการเงินให้ถูกต้อง ครบถ้วน และสามารถตรวจสอบได้
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดส่งรายงานการรับ-จ่ายเงินให้ รพช. เพื่อนำไปบันทึกบัญชี ๒. จัดทำรายงานเงินคงเหลือประจำวัน, สมุดเงินสด, ทะเบียนคุมเงินนอกงบประมาณ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน ๓. จัดทำเอกสารการรับเงิน การ-เบิกจ่ายเงินให้ถูกต้องตามระเบียบกำหนด

เพิ่มเติม

- เป้าหมาย/ตัวชี้วัด รายงานการรับ - จ่ายเงินบำรุงของ รพ.สต. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย รพช., รพ.สต. มีการพัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง พัฒนาระบบบัญชีให้มีคุณภาพและศักยภาพมากยิ่งขึ้น
- มาตรการ การพัฒนาการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
- กิจกรรมหลัก
 ๑. พัฒนาระบบบัญชีให้ได้มาตรฐาน
 ๒. นำเกณฑ์การประเมินคุณภาพบัญชีมาประเมินความถูกต้องของข้อมูล

๓. มีการปรับปรุงแผนทางการเงินให้เหมาะสมกับการประเมินประสิทธิภาพการบริหาร
ระดับความสำเร็จ คุณภาพบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๕ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

โครงการที่ ๔๗ : โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ ๓ กองทุน

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๑ โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ร้อยละ ๖๐ เทียบกับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการเบิกจ่ายผ่านระบบ E-Claim ๑๔๒ ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งในกองทุน สปสช.มีผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Coordinator) ในการประสานส่งต่อผู้ป่วย

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ Template จากกระทรวงสาธารณสุข

นียมตัวชีวิตตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๓ ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๗๐)

๒. คำนิยาม

งานวิจัยด้านสุขภาพ หมายถึง งานวิชาการทางสุขภาพที่ดำเนินการและเขียนผลงานตามเกณฑ์ทางวิชาการ ในจำนวน ๔ ประเภท คือ (๑) งานวิจัย (Research) หมายถึง การศึกษาค้นคว้าใหม่อีกครั้ง เพื่อตอบคำถามหรือปัญหาสงสัยที่ผู้วิจัยต้องการคำตอบหรืออยากรู้ด้วยระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เป็นที่ยอมรับ เป็นสากล เชื่อถือได้ อ้างอิงได้ และอธิบายขั้นตอนการทำงานได้ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ทั้งนี้ ให้รวมถึงงานวิจัยประเภทที่พัฒนามาจากงานประจำ (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 การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ (๔) การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้นๆซึ่งอาจจะเป็นระบบบริหารเทคนิควิธีการต่างๆ ที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุด ดังนั้น Best Practice จึงไม่ใช่เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดีแต่เป็นการทำงานที่ดีกว่าหรือดีที่สุดซึ่งมีทั้งการทำงานในเชิงระบบบริหารและเทคนิควิธีการต่างๆทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด

ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปริทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นฟู (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสั้นๆ (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation)

ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัยสามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความ

วิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ หรือลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพของ ศูนย์ดัชนีอ้างอิงวารสารไทย (TCI: Thai-Journal Citation Index Centre) อยู่ในวารสารกลุ่มที่ ๑

ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ มี ๔ ประเภท ดังนี้

- (๑) เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย
- (๒) เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ (๓) เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ และ (๔) เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
๑. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขมีการจัดทำผลงานวิจัย/ R๒R นวัตกรรมด้านสุขภาพ และส่งผลงานเผยแพร่ในการประชุมวิชาการระดับต่างๆ และให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารที่เกี่ยวข้อง
๒. ฐานข้อมูลงานวิจัยของ CUP

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล	แหล่งข้อมูล (หลักฐาน)
๑. ข้อมูลการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานหรือกำหนดผู้รับผิดชอบการดำเนินงานพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงานอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นปี	- คำสั่งแต่งตั้ง/บันทึกข้อความมอบหมายงาน
๒. ข้อมูลนโยบาย/แนวทาง การส่งเสริมพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงานอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นปี	- แผนงาน - สัมภาษณ์ - เอกสารที่เกี่ยวข้อง
๓. ข้อมูลฐานข้อมูลผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข	- ฐานข้อมูลที่ CUP จัดทำขึ้น

รายการข้อมูล	แหล่งข้อมูล (หลักฐาน)
	(เอกสาร หรือ ฐานข้อมูลคอมพิวเตอร์ หรือเว็บไซต์)
๔. ข้อมูลการส่งผลงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพเข้าคัดเลือกเพื่อนำเสนอหรือประกวดในระดับจังหวัด/ระดับเขต/R๒R ระดับประเทศ/วิชาการกระทรวงสาธารณสุข หรือการประชุมวิชาการที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้นตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป	- ฐานข้อมูลของหน่วยงานจัดประกวด/จัดการประชุมวิชาการ - หลักฐานการส่งผลงาน
๕. ข้อมูลการนำเสนอผลงานวิจัยด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัด/ระดับเขต/R๒R ระดับประเทศ/วิชาการกระทรวงสาธารณสุข หรือการประชุมวิชาการที่หน่วยงานอื่นจัดขึ้นตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป	- สำเนาใบประกาศ/เกียรติบัตร ผู้นำเสนอ/ หนังสือแจ้งจากหน่วยงานผู้จัด
๖. ข้อมูลหน่วยงาน/บุคลากรในหน่วยงานได้รับการตอบรับการตีพิมพ์/ได้รับตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารทุกระดับ (รวมถึง Full Paper ใน Conference Proceeding)	- ใบตอบรับการตีพิมพ์ - สำเนาการตีพิมพ์
๗. ข้อมูลการนำองค์ความรู้จากผลงานวิจัยด้านสุขภาพไปใช้ประโยชน์	- หลักฐานการนำไปใช้ประโยชน์ใน ๔ ประเภท - ภาพกิจกรรม/เอกสารสรุป - สัมภาษณ์

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : rutchaneevipa@yahoo.com
๒. นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๕-๖๐๙๑๑๐๑ E-mail : sirimaporn.tui@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๔ ร้อยละงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด

๒. คำนิยาม

รัฐบาลให้ความสำคัญต่อการวิจัย การพัฒนาต่อยอดและการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย จึงได้กำหนดนโยบาย (ข้อ ๘) การพัฒนาและส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีการวิจัยและพัฒนาและนวัตกรรมให้สนับสนุนการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยและพัฒนาของประเทศ เพื่อมุ่งไปสู่ เป้าหมายให้ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๑ ของรายได้ประชาชาติ และมีสัดส่วนรัฐต่อเอกชน ๓๐: ๗๐ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จากนโยบายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงสนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเพิ่มค่าใช้จ่ายในการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมดต่อปี และสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในปีต่อไป โดยตัวชี้วัดนี้ เป็นการรวบรวมงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ และงบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เท่านั้น งบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายใน การวิจัยตามโครงการวิจัย เช่น ค่าตอบแทน ค่าวัสดุ ค่าใช้สอย หรือนำเสนอผลงานวิจัย ฯลฯ ที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ (กรณีเป็นโครงการต่อเนื่องมากกว่า ๑ ปี ให้แสดงวงเงินที่ได้รับจัดสรรในปีงบประมาณปัจจุบัน)

การวิจัย หมายถึง การวิจัยด้านสุขภาพ การศึกษาค้นคว้า หาความรู้ หาวิธีการใหม่ๆ คิดค้นเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมี ประสิทธิภาพในการป้องกัน รักษาโรค รวมทั้งในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ใน การปฏิบัติงานทางสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชนมี สุขภาพอนามัยที่ดีสามารถประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขงบประมาณทั้งหมด หมายถึง งบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ.๒๕๖๒ ได้แก่ เงินงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินรายได้ และ งบประมาณอื่น

(๑) งบประมาณแผ่นดิน หมายถึง งบประมาณที่ หน่วยงานได้รับจัดสรรจากสำนักงบประมาณ ตามพระราชบัญญัติ งบประมาณรายจ่ายประจำปี ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(๒) งบประมาณเงินรายได้ หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานได้จัดสรรรายรับนั้นตามระเบียบว่าด้วยเงินรายได้ฯ และหลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายเงินรายได้ประจำปี เช่น รายได้ของ ค่าธรรมเนียม ค่าปรับ ค่าเช่า เป็นต้น

(๓) งบประมาณอื่น หมายถึง งบประมาณอื่นๆ ที่ไม่จัดอยู่เป็นงบประมาณแผ่นดิน (ตามข้อ ๑) และงบประมาณเงินรายได้ (ตามข้อ ๒) เช่น เงินกองทุน เงินของแหล่งทุนที่ขอสนับสนุนงานวิจัย เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มูลนิธิสมเด็จพระเจ้าบรมวงศ์เธอ กรมพระยาชัยนาทนเรนทร เป็นต้น

หน่วยงานในสังกัด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุก
อำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

ร้อยละของงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมดต่อ
ปี หมายถึง หน่วยงานในสังกัดมีการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัยได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของ
งบประมาณทั้งหมดที่ได้รับในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัย และพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด	ร้อยละ ๑.๕	ร้อยละ ๑.๕	ร้อยละ ๑.๕

๔. วัตถุประสงค์

ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาต่อยอดการสร้างนวัตกรรม เพื่อนำไปสู่การผลิตและบริการที่ทันสมัย
เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและสนองตอบต่อประเด็นเร่งด่วนตามยุทธศาสตร์และแผนพัฒนาประเทศ และ
ภารกิจของหน่วยงาน โดยหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการวิจัย และ
หน่วยงานอื่นมีส่วนร่วมสนับสนุนการวิจัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

๕. แหล่งข้อมูล

- เอกสารที่เกี่ยวข้อง
- ฐานข้อมูลงบประมาณการวิจัยของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ งบประมาณที่หน่วยงานสนับสนุนเป็นค่าใช้จ่ายในการวิจัยตามโครงการวิจัยทั้งหมด
รายการข้อมูล ๒ งบประมาณที่หน่วยงานได้รับทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

- ดร.รัชณีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : rutchaneevipa@yahoo.com
- นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๕-๖๐๙๑๑๐๑ E-mail : sirimaporn.tui@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๕ จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการ

๒. คำนิยาม

๑. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้

๒. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

๓. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง

๔. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม

๕. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าว อาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ 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 ของการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น

๓) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

๔) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบที่เลี้ยง เป็นต้น

๖. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (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 การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น

๒) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข สารระเหยเครื่องสำอาง ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น

๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

๙. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ (CUP ละ ๕ เรื่อง)	CUP ละ ๕ เรื่อง	CUP ละ ๕ เรื่อง	CUP ละ ๕ เรื่อง

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและองค์ความรู้ขององค์กร

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 นาคพัฒน์ | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| โทร. ๐๘๕-๖๐๙๑๑๐๑ | E-mail : sirimaporn.tui@gmail.com |

นियามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๕.๑ ร้อยละของหน่วยงานในกำกับที่มีการขยายผลนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. คำนิยาม

๑. นวัตกรรม (Innovative) หมายถึง สิ่งที่ทำขึ้นใหม่ หรือแตกต่างจากเดิม ซึ่งอาจเป็นความคิด วิธีการ หรืออุปกรณ์ เป็นต้น ที่มีคุณค่า และมีประโยชน์ต่อการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

๒. นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพ (Innovative Healthcare Management) หมายถึง นวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ แก่ประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รวดเร็ว สะดวก ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนให้ดีขึ้น

๓. แผนงาน/ โครงการ (Program/ Project) หมายถึง การวางแผนการทำงาน เพื่อให้ได้ผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ อย่างน้อยต้องมีองค์ประกอบ ดังนี้ หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีการดำเนินงาน สถานที่ดำเนินงาน งบประมาณหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้รับผิดชอบ ผลผลิต/ ผลลัพธ์

๔. ออกแบบระบบ (System) หมายถึง การออกแบบกระบวนการวิธีการแนวทาง ในการทำงาน เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ เช่น การออกแบบระบบเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยนอก เป็นต้น

๕. กลไก (mechanism) หมายถึง สิ่งที่ทำให้ระบบมีการขับเคลื่อนหรือดำเนินอยู่ได้ โดยมีการจัดสรรทรัพยากร มีการจัดองค์กร หน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลเป็นผู้ดำเนินงาน เช่น MCH Board เพื่อขับเคลื่อนงานแม่และเด็ก เป็นต้น

๖. ระบบกำกับ ติดตาม และประเมินผล (Regulate Monitoring and Evaluation) หมายถึง กระบวนการ ขั้นตอน วิธีการ ในการตรวจสอบการดำเนินงานว่าเป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือไม่ ตลอดจนการแก้ปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงาน เพื่อให้ได้ผลผลิต ผลลัพธ์ ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้

๗. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หมายถึง การแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มบุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งหรืออีกกลุ่มคนหนึ่ง ด้วยความเต็มใจ ซึ่งอาจจะเป็นการแลกเปลี่ยนในสถานที่พบเจอกันหรือผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ และเกิดการต่อยอดความรู้ หรือเกิดการเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางต่อไป

๘. หน่วยงานในกำกับ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๑๓ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ๑๓ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๗๕ แห่ง รวม ๒๐๒ หน่วยงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละของหน่วยงานในกำกับที่มีการขยายผลนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ (จำนวนรวมไม่น้อยกว่าจำนวนหน่วยงาน)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการจัดการบริการสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารที่เกี่ยวข้อง
๒. ฐานข้อมูลนวัตกรรมการบริหารและการจัดบริการสุขภาพใหม่ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และ รพ.สต.ทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

- รายการข้อมูล ๑ ร้อยละของหน่วยงานในกำกับที่มีการขยายผลนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ
รายการข้อมูล ๒ ร้อยละของหน่วยงานทั้งหมด

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ดร.รัชนิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : rutchaneevipa@yahoo.com
๒. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๕-๖๐๙๑๑๐๑ E-mail : sirimaporn.tui@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
<p>แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้าน สุขภาพ โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนา งานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ เทคโนโลยีทางการแพทย์ ตัวชี้วัดที่ ๑๔๓ : ร้อยละผลงานวิจัย/ R๒R ด้านสุขภาพที่ ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ ประโยชน์ (ร้อยละ ๗๐) ตัวชี้วัดที่ ๑๔๔ : ร้อยละของงบประมาณ ด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด ตัวชี้วัดที่ ๑๔๕ : จำนวนนวัตกรรมที่ คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพหรือพัฒนาต่อ ยอดการให้บริการด้าน สุขภาพ (CUP ละ ๕ เรื่อง) ตัวชี้วัดที่ ๑๔๘ : ร้อยละของอำเภอที่มี การขยายผลนวัตกรรม</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัด และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับ CUP ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคูณภาพงานวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค แก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ๓. มี PM ด้านการพัฒนาคูณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ ๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต./อำเภอ/จังหวัด ๕. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน ๖. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ๗. พัฒนาคูณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลการวิจัย ทางเว็บไซต์ สสจ.มหาสารคาม http://mkho.moph.go.th ๘. พัฒนาโปรแกรมการส่งผลงานวิชาการในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕ ๙. จัดมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๕ ๑๐. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และในระดับอำเภอ เพื่อส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ ในเวทีระดับต่างๆ เป็นการส่งเสริมพัฒนาและกระตุ้นการคิดค้นการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาคูณภาพมาตรฐานของผลงานวิชาการให้ได้คุณภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสาร วิชาการต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ ๑๑. กำหนดให้ R๒R เป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน และตัวชี้วัดของบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ CUP (Innovation) ๑๒. กำหนดให้การประเมินผลไตรมาสของกลุ่มงาน/ CUP/ รพ.สต.ทุกแห่ง เป็นการเสนอผลงานวิชาการประเภท Project Evaluation (Innovation) โดย

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ)
การจัดการบริการ สุขภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)	<p>กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของระดับบุคคลด้วย</p> <p>๑๓. บูรณาการกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs)</p> <p>๑๔. กำหนดให้ R๒R เป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม</p> <p>๑๕. มีการติดตามความก้าวหน้า ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)</p> <p>๑๖. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “วิจัยสาธารณสุข_มค” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอมีประสิทธิภาพสูงสุด</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</u></p> <p>๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม</p> <p>๒. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ</p> <p>๓. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับอำเภอ</p> <p>๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต. อำเภอ</p> <p>๕. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๖. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u></p> <p>๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม</p> <p>๒. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๓. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ</p>

นียมตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๖ ร้อยละของจังหวัดที่มีการใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ Template จากกระทรวงสาธารณสุข

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๗ จำนวนงานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/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) โดยR๒R ให้ยึดกรอบและเกณฑ์ของงานวิจัย R๒R ที่สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒. **นวัตกรรม (Innovation)** หมายถึง ความคิดการปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อนหรือเป็นการพัฒนาตัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้งานที่ทำนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม

๓. **การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process : CQI)** หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

๔. **การปฏิบัติที่ดี (Best Practice)** หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้นๆซึ่งอาจจะเป็นระบบบริหารเทคนิควิธีการต่างๆที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุดตั้งนั้น Best Practice จึงไม่ใช่เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดีแต่เป็นการทำงานที่ดีกว่าหรือดีที่สุดในเชิงระบบบริหารและเทคนิควิธีการต่างๆทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด

งานวิจัยสมุนไพรมานุษยวิทยา/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้ เทคโนโลยีใหม่ ทฤษฎีใหม่ โดยแบ่งเป็นประเภทงานวิจัย เช่น งานวิจัยแบ่งตามผลประโยชน์ แบ่งตามจุดมุ่งหมาย แบ่งตามกระบวนการเก็บข้อมูล แบ่งตามคุณลักษณะข้อมูล จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรมานุษยวิทยาและตำรับ

การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้น ทะเบียนได้ และ/หรือ อื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

มีผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือกเชิงคลินิก อย่างน้อย ๑ เรื่อง และมีนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี อย่างน้อย ๕ เรื่อง

การประเมิน คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านการแพทย์แผนไทยเชิงคลินิก (จำนวนเรื่อง) ๕ คะแนน	๑	
๒. จำนวน นวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี (จำนวนเรื่อง) ๕ คะแนน	๕	

๔. วัตถุประสงค์

๔.๑ เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยด้านสมุนไพรและการแพทย์แผนไทยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์ และส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การใช้ประโยชน์

๔.๒ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์แผนไทยมีการพัฒนาระบบบริการงานด้านแผนไทยควบคู่กับการคิดสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ หรือการปฏิบัติที่ดี เผยแพร่สู่ระบบบริการสาธารณสุขในเครือข่ายทั้งในระดับภูมิภาคและในระดับประเทศ

๕. แหล่งข้อมูล

๕.๑ เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๕.๒ ข้อมูลจากผลงานวิจัย หรือนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี ในพื้นที่

๖. รายการข้อมูล

ข้อมูลจำนวน/รายละเอียดของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายบวร จอมพรรษา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทร. ๐๘๔-๒๗๘๐๐๐๗
๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด เกษัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔
๓. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ เกษัชกรชำนาญการ	โทร. ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙
๓. นายสุริยา ชันทชาติ แพทย์แผนไทย	โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนงาน/โครงการ/ ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI ^M /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้าน สุขภาพ</p> <p>โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนา งานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยี</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัด และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับ CUP ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน ๓. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ๔. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย ๕. ประเมิน/ติดตามผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ
<p>ตัวชี้วัดที่ ๑๔๗ : จำนวนงานวิจัย สมุนไพรมานุษยวิทยา การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือกที่นำไปใช้ จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต. อำเภอ ๓. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ๔. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย ๕. เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ๖. เข้าร่วมการนำเสนอผลงานวิจัย/นวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ
	<p>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม ๒. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ ๔. จัดหาแหล่งงบประมาณเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการวิจัย ๕. เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย ๖. เข้าร่วมการนำเสนอผลงานวิจัย/นวัตกรรม/ผลิตภัณฑ์ ในระดับจังหวัด เขต และประเทศ

นียมตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๖ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๘ : โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๘ ร้อยละของอำเภอที่มีการขยายผลนวัตกรรมการจัดการบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัดใหม่ ปี ๒๕๖๕

รอ Template จากกระทรวงสาธารณสุข

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๙ : โครงการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๙ ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย ((๑) พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ (๓) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พรบ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พรบ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)

๒. คำนิยาม

การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

กฎหมายที่สำคัญ หมายถึง กฎหมายในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขที่คณะกรรมการเครือข่ายนักกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายระดับกระทรวงพิจารณาคัดเลือก ในปีงบประมาณ 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

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมาย ที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์ ๑. เพื่อให้การดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขมีประสิทธิภาพเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบรายงานการบังคับใช้กฎหมาย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล :	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคดีทั้งหมดที่ส่งเปรียบเทียบปรับ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนคดีทั้งหมดที่ได้ทำการเปรียบเทียบปรับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวรินดา ศรีปณ

โทร. ๐๘๑ ๖๖๑ ๔๗๗๓

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวรินดา ศรีปณ

โทร. ๐๘๑ ๖๖๑ ๔๗๗๓

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน (ต้นน้ำ/กลางน้ำ/ปลายน้ำ) ที่ได้จากการวิเคราะห์ตามกรอบ SI TM /กรอบ Six Building Blocks
<p>แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการ พัฒนามาตรฐานด้านสุขภาพ โครงการที่ ๔๙ : โครงการปรับโครงสร้างและ การพัฒนามาตรฐานด้าน สุขภาพ ตัวชี้วัดที่ ๑๔๙ : ร้อยละของการบังคับใช้ กฎหมาย ที่กระทรวง สาธารณสุขให้ความสำคัญ เป็นไปตามกฎหมาย (ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รับนโยบาย/กำหนดเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ๒. จัดทำแผนปฏิบัติ ประจำปี ๒๕๖๕ ๓. แต่งตั้งคณะทำงานสร้างเครือข่ายบังคับใช้กฎหมายของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ๔. จัดประชุมคณะทำงานฯ เพื่อชี้แจงแนวทางดำเนินงานและสรุปผลงาน ที่ผ่านมา ๕. เผยแพร่แนวปฏิบัติการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขให้ ความสำคัญ ๖. พัฒนาคำปรึกษา ให้คำปรึกษา กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผ่านระบบ VDO conference โดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๗. การดำเนินการทางคดี กรณีที่ต้องไปกล่าวโทษต่อพนักงานสอบสวน หรือกรณีที่กฎหมายให้อำนาจในการเปรียบเทียบปรับได้ โดยพิจารณาจาก การส่งเรื่องถึงพนักงานสวนหรือการที่ได้รับเรื่องไว้เพื่อดำเนินการ เปรียบเทียบแล้ว ๘. สรุปผลการดำเนินการ ๙. รายงานผลการดำเนินการ <p>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคณะทำงาน/เครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญ ๒. ดำเนินการตามมาตรการการเฝ้าระวังเกี่ยวกับพระราชบัญญัติที่ รับผิดชอบ ๓. สรุปผลการดำเนินงาน ๔. รายงานผลการดำเนินงาน
	<p>แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ดำเนินการตามมาตรการการเฝ้าระวังเกี่ยวกับพระราชบัญญัติที่ รับผิดชอบ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๙ : โครงการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔๙.๑ ร้อยละของการบริหารสัญญาฯ รับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด

๒. คำนิยาม

หมายถึง ผลการดำเนินการบริหารสัญญาของผู้ผลิตสัญญาฯ รับทุนการศึกษาวิชาแพทยศาสตร์ และสัญญาลาศึกษาต่อ โดยมีการตรวจสอบสัญญาและเอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้ครบถ้วน ถูกต้อง มีการคิดคำนวณค่าปรับ และออกหนังสือทวงถามไปยังผู้ผลิตสัญญาฯ มีการชำระค่าปรับตามสัญญาภายในระยะเวลาที่กำหนด และการจัดส่งสำเนาเอกสารการชำระค่าปรับและรายงานกระทรวงสาธารณสุข เสร็จตามขั้นตอนและเวลา ภายในระยะเวลา ๙๐ วัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของการบริหารสัญญาฯ รับทุนการศึกษาและสัญญาลาศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การบริหารสัญญาฯ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบรายงานเรื่องการบริหารสัญญาฯ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

วิธีการคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนสัญญาฯ ที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จตามขั้นตอนภายในเวลาที่กำหนด}}{\text{จำนวนสัญญาฯ ที่ดำเนินการทั้งหมด}} \times 100$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสุพรรณิ โสมาภา

โทร. ๐๘๓ ๑๔๒ ๕๒๖๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสุพรรณิ โสมาภา

โทร. ๐๘๓ ๑๔๒ ๕๒๖๕

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน
<p>ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ แผนงานที่ ๑๗ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๔๙ : โครงการปรับโครงสร้างและ การพัฒนากฎหมายด้าน สุขภาพ</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u> ๑.กำหนดเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน ๒.จัดประชุมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานและกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผน ทางการดำเนินการบริหารสัญญาฯ ๓.จัดทำเครื่องมือในการกำกับการบริหารสัญญาฯ ๔.เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้ ๕.สำรวจและปรับปรุงเครื่องมือและแนวทางในการบริหารสัญญาฯ ๖.ประเมินผลการดำเนินงาน ๗.สรุปรายงานผลการดำเนินงาน</p>
<p>ตัวชี้วัด ๑๔๙.๑ : ร้อยละของการบริหารสัญญา รับทุนการศึกษาเป็นไปตาม ขั้นตอนภายในระยะเวลาที่ กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</u> -</p>
	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u> -</p>

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ ๑๗ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๔๙ : โครงการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕๙.๒ ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. คำนิยาม

หมายถึง เรื่องที่หน่วยงานภายนอกขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในการสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง แล้วได้ดำเนินการภายใน ๑๕ วัน หลังจากลงทะเบียนรับหนังสือ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของการบริหารสัญญาสัมปทานการศึกษาและสัญญาการศึกษาเป็นไปตามขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การดำเนินการสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ระบบรายงานเรื่องการดำเนินการสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

วิธีการคำนวณ = $\frac{\text{เรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด} \times 100}{\text{เรื่องสืบหาหลักทรัพย์ทั้งหมด}}$

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑.นางชุตตา สิงบุตดี	ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานธุรการ ชำนาญงาน
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๒๐๑	โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๑ ๘๒๗ ๕๕๕๙
โทรสาร : ๐-๔๓๗๗ ๗๙๗๐	E-mail : -
๒.นางวันเพ็ญ ต้นสุวรรณ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๒๐๑	โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕ ๖๑๐ ๓๓๓๘
โทรสาร : ๐-๔๓๗๗ ๗๙๗๐	E-mail : wanden.tan@gmail.com

แนวทางดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕
กลุ่มงานกฎหมาย

แผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด	แนวทางดำเนินงาน
<p>ยุทธศาสตร์ที่ ๖ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ แผนงานที่ ๑๗ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาล และองค์กรคุณภาพ โครงการที่ ๔๙ :</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับจังหวัด</u> ๑.กำหนดเป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน ๒.จัดประชุมเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน เพื่อวางแนวทางการดำเนินการสืบหา หลักฐานฯ ๓.เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้ ๔.ประเมินผลการดำเนินงาน ๕.สรุปรายงานผลการดำเนินงาน</p>
<p>โครงการปรับโครงสร้างและ การพัฒนามาตรฐานด้าน สุขภาพ</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับอำเภอ</u> -</p>
<p>ตัวชี้วัดที่ ๑๔๙.๒ : ร้อยละของเรื่องสืบหา หลักฐานตามคำพิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายใน เวลาที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)</p>	<p><u>แนวทางดำเนินงานระดับตำบล</u> -</p>