



Korathealth.com

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

จังหวัดนครราชสีมา

ประจำปี ๒๕๖๓

เป็นองค์การหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังทาง

สังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

Nakhonratchasima Health Provincial Office

ภาคผนวก



คำสั่งจังหวัดนครราชสีมา

ที่ ๘๙๓๘ /๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

.....

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเสมอภาค ในส่วนภูมิภาค ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา ในทิศทางที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข นโยบายของผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจนปัญหาของพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา

ดังนั้น เพื่อเป็นการนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ มีความชัดเจน เกิดการมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึงและเป็นรูปธรรม จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์เป็นกรอบในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของจังหวัดนครราชสีมา และหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา จะได้นำแผนยุทธศาสตร์แปลงสู่การปฏิบัติ โดยจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน/โครงการ งบประมาณอย่างโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามหลักกฎหมาย อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ส่งผลการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน เป็นประโยชน์ทั้งหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นเครื่องมือในการประสานการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้จัดตั้งคณะกรรมการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗ ประกอบด้วย

- | | | |
|----------------------------|--|-----------|
| ๑. นายสุพล ตติยนันทพร | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | ประธาน |
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | |
| ๒. นายวิญญู จันทร์เนตร | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) | รองประธาน |
| | (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | |
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | |
| ๓. นายวิชาญ คิดเห็น | ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) | รองประธาน |
| | (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | |
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | |
| ๔. นางศิริรัตน์ รัศมีโสรัจ | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) | รองประธาน |
| | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา | |

/๕. นางสุทธิณี...

๕. นางสาวสุทิตี เรืองสุพันธ์	เภสัชกรเชี่ยวชาญ(ด้านเภสัชสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	รองประธาน
๖. นางอารีย์ เชื้อเดช	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	รองประธาน
๗. นายสมบัติ วัฒนะ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	รองประธาน
๘. นายวิศ เมธาบุตร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	รองประธาน
๙. นายนิติคุณ เขียวอยู่	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	รองประธาน
๑๐. นายคมกริช ฤทธิบุรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	รองประธาน
๑๑. นายธนบดี เพียงปราษฎ์	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๒. นายจอนสัน พิมพิสาร	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลโชคชัย	กรรมการ
๑๓. นายกวี ชื่นจอหอ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๔. นายประกอบ เจียนมะเรียง	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๕. นายจักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ	นิติกรชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๖. นางสาวรรณภา ศรีนาค	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๗. นายจตุรงค์ ปานใหม่	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๘. นางวารณฉัตร ลีสุวรรณเกษม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ

๑๙. นางธณัฒมนท์ ภาณุพรพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๐. นายศิวะยุทธ สิงห์ปัฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๑. นางสาวชนกพร ผลทรัพย์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๒. นายวีระพล วงษ์ประพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๓. นางสรภัส เพชรอรุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๔. นางสาววิทย์สุดา ญวนแม	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๕. นางสาวนาริสรา ศรีพรหม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๖. นางมาลินี ฝ่ายเคนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๗. นางสาวจิตราภรณ์ แสงรุ่งนภาพรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๒๘. นายวสันต์ ลิ้มปเจต	หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๒๙. นายชัยวิวัฒน์ ตุงคะเสรีรักษ์	หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๓๐. นายสหรัชต์ ชชาติพรหม	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการภารกิจ ด้านคุณภาพบริการและมาตรฐาน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๓๑. นายยงยุทธ นवलสันเทียะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลเทพรัตน์นครราชสีมา	กรรมการ
๓๒. นายธีระชัย พบหิรัญ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลปากช่องนานา	กรรมการ
๓๓. นางสาวอรสา โนนทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลพิมาย	กรรมการ
๓๔. นายเตชิต วัชรเมธาพงษ์	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ

๓๕. นางภัททิยาภรณ์ บุตรวงศ์	หัวหน้างานบริหารสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๓๖. นายวิกร วัฒนะดิฐ	หัวหน้ากลุ่มงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๓๗. หัวหน้างานแผนโรงพยาบาลค่ายสุรนารี		กรรมการ
๓๘. หัวหน้างานแผนโรงพยาบาลเดอะโกลเด้นเกต		กรรมการ
๓๙. หัวหน้างานแผนโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี		กรรมการ
๔๐. หัวหน้างานแผนคลินิกชุมชนอบอุ่นมหาชัย		กรรมการ
๔๑. นางสาววิภา อุทยานินท์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้วยแถลง	กรรมการ
๔๒. นายชานนท์ เชาวน์ดำรงสกุล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีดา	กรรมการ
๔๓. นายแชมป์ สุทธิศรีศิลป์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ	กรรมการ
๔๔. นายสาธิต บัวคล้าย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปักธงชัย	กรรมการ
๔๕. นางสาวจิรนิษฐ์ พิงส์สำโรง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเขียว	กรรมการ
๔๖. นายณพัฒพงศ์ เพชรโรจน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านเหลื่อม	กรรมการ
๔๗. นายอนุพงศ์ ชาวคอนไชย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโนนสูง	กรรมการ
๔๘. นางสาวประภัสสร คณะรัฐ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวลาย	กรรมการ
๔๙. นางสาวณปภัช ไทยศิริ	สาธารณสุขอำเภอบ้านเหลื่อม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านเหลื่อม	กรรมการ
๕๐. นางสาวมนทิรา อุตมานันท์	สาธารณสุขอำเภอพระทองคำ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระทองคำ	กรรมการ
๕๑. นายสมนึก ไวกาน	สาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ	กรรมการ
๕๒. นายฉัตรณรงค์ คงบารมี	สาธารณสุขอำเภอบัวลาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวลาย	กรรมการ
๕๓. นายไพฑูรย์ วงศ์เวชวินิต	สาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด	กรรมการ
๕๔. นายอรุณ ประจิจิตร	สาธารณสุขอำเภอโนนแดง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนแดง	กรรมการ
๕๕. นายกิตติ เอ้กระโทก	สาธารณสุขอำเภอครบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอครบุรี	กรรมการ
๕๖. นายธนบดี โจทยักัง	สาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว	กรรมการ

๕๗. นายสุเมธ กาญจน์กระสังข์	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๕๘. นายสุวิช จาดเจริญ	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสีคิ้ว	กรรมการ
๕๙. นางแววดี เหมวรานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๖๐. นางนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๖๑. นายสุนทร โสภณอัมพรเสนีย์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจักราช	กรรมการ
๖๒. นางกษนิภา นราพิณิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตาจั่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคง	กรรมการ
๖๓. นางประยูร ยุพิน	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลศรีชะละเลิง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา	กรรมการ
๖๔. นางธนพร ไชยรด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหินแห่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา	กรรมการ
๖๕. นายอัครังค์ การบรรจง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยลุง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีคิ้ว	กรรมการ
๖๖. นายบุญฤทธิ์ เพชรเปล่งสี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนแสนสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอครบุรี	กรรมการ
๖๗. นายไพบุลย์ ชมโคกกรวด	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองขาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจักราช	กรรมการ
๖๘. นายนพคุณ แทนผักแว่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลุงตามัน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย	กรรมการ
๖๙. นางรัตนา พลพงษ์รัตน์	เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน โรงพยาบาลครบุรี	กรรมการ
๗๐. นางสาวจุฑารัตน์ กัมพลานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลโชคชัย	กรรมการ
๗๑. นายมานิตย์ พลเสนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีดา	กรรมการ
๗๒. นายเอกชัย ชำนาญกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนสูง	กรรมการ

๗๓. นายศุภชัย วัชรสันเทียะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนไทย	กรรมการ
๗๔. นายไพรวลัย ธีรเมธาพิรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้งสนามนาง	กรรมการ
๗๕. นางจุฬารัตน์ พัฒนเดชากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนแดง	กรรมการ
๗๖. นางกานต์พีชญา เนตรพิสิทธิ์กุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัวใหญ่	กรรมการ
๗๗. นายบุญฤทธิ์ ก้านแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเขียว	กรรมการ
๗๘. นายกิตติพงศ์ วัชรสันเทียะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสูงเนิน	กรรมการ
๗๙. นายปกรณ์ ริมประนาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๐. นายอัครเดช วงศ์กীরติกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๑. นางสาวจิตรา เตียสกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๒. นางสาวสุภาวดี ศรีทองเพชร	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๓. นางสาววิภา ศิริสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๔. นายจักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๕. นายสุริยา จันทา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิมาย	กรรมการ
๘๖. นางดณยฉัตร พาณิชเลิศ	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๘๗. นางพรรณนิดา สีนุพัฒน์พันธุ์	แพทย์แผนไทยชำนาญการ โรงพยาบาลสีคิ้ว	กรรมการ
๘๘. นางสาวทิพวรรณ ศรีทรมาศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ

๘๙. นายเอกรัฐ ฌรงค์สรน้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๐. นายจักรพงษ์ รวิยะวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๑. นายอดิเทพ วงศ์พิกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๒. นางสาวกาญจนา พิทักษ์วานิชย์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๓. นางวิลาวัลย์ ศรีโพธิ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองไข่น้ำ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา	กรรมการ
๙๔. นายวีระชน เกลียวกลม	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๕. นางสาวเปมิกา อัครวรรตต์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๖. นางพรรณณี รัตนปทุมวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพิมาย	กรรมการ
๙๗. นายเชษฐชัยวัฒน์ สิริจามร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๘. นางนุสรุา พัฒนชัยวงศ์คุณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๙๙. นางทัศนวรรณ เกลียวกลม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐๐. นางวรรณภา ททรัพย์เจริญมาก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐๑. นางปิยาวดี ประสงค์สุธน	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โรงพยาบาลพิมาย	กรรมการ
๑๐๒. นายวันชาติ แก้วปาน	นักจิตวิทยาชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐๓. นางดรุณี คุณวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปักธงชัย	กรรมการ
๑๐๔. นางสาวชญาภานท์ เสือบุญ	นิติกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐๕. นางสาววิมลศิริ เห่งกระโทก	นิติกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ

/๑๐๖. นางอมรรัตน์...

๑๐๖. นางอมรรัตน์ ทรงดอน	นักวิชาการพัสดุปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐๗. นางสาวญาณวดี สุสิริรักษา	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๐๘. นายชาติ ทะนาไธสง	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โรงพยาบาลเสิงสาง	กรรมการ
๑๐๙. นางสาวพูลสมบัติ ชัยมะเร็ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๐. นางพิมพ์ฉวีรุษา ตอบสันเทียะ	นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๑. นางสุภาพร บุตรโคตร	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๒. นางศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล	เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๓. นางธมณ วัชรเมธาพงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๔. นางสาวณัฏษ์ลภัส แพะขุนทด	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านขุนทด	กรรมการ
๑๑๕. นางสาวฉวีรุษา ศรณันท์พัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๖. นางสุภัทรา กฤษเกล้า	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๗. นางนุชนารถ อุดมญาติ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลวังน้ำเขียว	กรรมการ
๑๑๘. นายศุภชัย ปิตตานัง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๑๙. นายชัยภัทร ธีระชาญไชย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๒๐. นางศรารักษ์ โกวิทย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๒๑. นางสาวดวงกมล ศรีวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ

๑๒๒. นางวรรณมา หวังประสพกลาง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ	กรรมการ
๑๒๓. นายภิชฌิวิชญ์ พลศรีประดิษฐ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๒๔. นางกัญติกา เนตรสระน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการ
๑๒๕. นางทิพวรรณ พุฒดอน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองบุญมาก	กรรมการ
๑๒๖. นายสมิทธิ ลักษณะเลขา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการและเลขานุการ
๑๒๗. นายสรวิชัย สุทธิระประภา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๑๒๘. นายนิพนธ์ สารรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

ให้คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ดังนี้

๑. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พื้นที่เสี่ยง / จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
๒. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ
๓. วิเคราะห์องค์กร วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ของการดำเนินงานด้านสุขภาพ
๔. จัดทำยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา
๕. จัดทำมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ของจังหวัดนครราชสีมา ให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ที่กำหนด
๖. อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้ เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ลงชื่อ สุขผล ตติยันทพร

(นายสุผล ตติยันทพร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

สำเนาถูกต้อง



นางแววดี เหมวรานนท์

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายสุผล ตติยนันทพร	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นายวิญญู จันทน์เนตร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสิงสาง
นายสันติ ทวยมีฤทธิ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
นายวิชาญ คิดเห็น	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเนิน
นางอารีย์ เชื้อเดช	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีคิ้ว
นายสมบัติ วัฒนะ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบัวใหญ่
นายชวิต เมธาบุตร	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมพวง
นายนิฐิคุณ เขียวอยู่	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขามสะแกแสง
นางศิริรัตน์ รัตมีไสรัง	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
นางสุทธีณี เรืองสุพันธุ์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา/ เภสัชกรเชี่ยวชาญ(ด้านเภสัชสาธารณสุข)

คณะผู้จัดทำ

หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
นักวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ผู้ประสานงาน

นายจตุรงค์ ปานใหม่	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นางนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นางแววดี เหมวรานนท์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
นายปภรณ์ रिมนประนาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายอัครเดช วงศ์กัรติกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายสมิทธิ ลักษณะเลขา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายนิพนธ์ สารรัมย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
นายสรวิชัย สุรศิริระประภา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คำนำ

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพและตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้ดำเนินการจัดทำขึ้น ภายใต้แผนปฏิบัติการประจำปี โดยผ่านกระบวนการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ แนวโน้มสถานการณ์ด้านสุขภาพที่อาจจะเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา บูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ได้ดำเนินการให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓

นายแพทย์ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข แลกเปลี่ยนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ โดยชูประเด็นการขับเคลื่อนด้านการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม พร้อมส่งเสริมงานสุขภาพจิตเพื่อลด ช่องว่างการเข้าถึงบริการจิตเวชและยาเสพติด เชื่อมโยงการทำงานทุกภาคส่วน และการวิเคราะห์ข้อมูลยกระดับนโยบายบัตรทอง ๓๐ บาท เพิ่ม คุณภาพชีวิตประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดช่องว่างบริการสาธารณสุข ๓ ประการ คือ การแก้ปัญหา การวางรากฐาน และการสร้างเศรษฐกิจ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน อันจะนำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เกิดผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจ

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ได้ดำเนินการตามกระบวนการขั้นตอนการจัดทำ เสร็จเรียบร้อยแล้วมีจำนวนรวมทั้งสิ้น ๒๓ เข็มมุ่ง ๒๙ กลยุทธ์ และ ๗๐ ตัวชี้วัด ภายใต้ ๔ ยุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence) ประกอบด้วย ๗ เข็มมุ่ง ๗ กลยุทธ์ และ ๒๙ ตัวชี้วัด
๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ประกอบด้วย ๖ เข็มมุ่ง ๑๒ กลยุทธ์ ๒๗ ตัวชี้วัด
๓. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ประกอบด้วย ๕ เข็มมุ่ง ๕ กลยุทธ์ ๒ ตัวชี้วัด
๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ประกอบด้วย ๕ เข็มมุ่ง ๕ กลยุทธ์ และ ๑๒ ตัวชี้วัด

ตั้งความคาดหวังให้คนไทยมีสุขภาพดี ครบ ๔ มิติ ทั้งสุขภาพกายใจ ปัญญา และสุขภาพทางสังคมอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งผู้บริหาร นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้จัดทำเล่มแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประจำปี ๒๕๖๗ ขึ้น สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ตุลาคม ๒๕๖๖

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
บทที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป สถานะสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๖	
๑) ข้อมูลทั่วไป	๑
๒) สถานะสุขภาพ	๗
๓) ข้อมูลด้านสาธารณสุข	๑๕
๔) วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา	๒๕
๕) นโยบายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๒๙
-นโยบายรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข	๒๙
-นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	๓๑
บทที่ ๒ กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗	๓๓
๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา	๓๔
๒. กระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ด้านสุขภาพ	๓๕
๒.๑ การมองอนาคต (Foresight)	๓๕
๒.๒ การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Management)	๓๗
๒.๓ การวิเคราะห์แนวโน้ม (Trend and Megatrend Analysis)	๓๗
๒.๔ ผลการวิเคราะห์และลำดับความสำคัญของปัญหา	๓๘
๓. กระบวนการกำหนด มาตรการสำคัญ และตัวชี้วัดด้านสุขภาพ	๔๐
บทที่ ๓ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗	๔๑
๑. วิสัยทัศน์	๔๑
๒. พันธกิจ	๔๑
๓. ค่านิยม	๔๑
๔. เป้าหมาย	๔๑
๕. เข็มมุ่ง ประจำปี ๒๕๖๗	๔๒
๖. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗	๔๒
๗. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗	๔๓
๘. คำอธิบายตัวชี้วัดด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๖	๕๑
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ	๕๑
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านระบบบริการเป็นเลิศ	๑๓๓
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ	๒๓๔
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านการบริหารที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล	๒๓๗

เรื่อง	หน้า
บทที่ ๔ มาตรการที่สำคัญ เพื่อบรรลุตามเข็มมุ่ง ประจำปี ๒๕๖๗	๒๗๑
๑ มาตรการตามยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	๒๗๑
๒ มาตรการตามยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๒๗๕
๓ มาตรการตามยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๒๘๐
๔ มาตรการตามยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๒๘๒
บทที่ ๕ ระบบควบคุม กำกับ และประเมินผล ประจำปี ๒๕๖๗	๒๘๔
๑. ระบบควบคุมกำกับขององค์กร	๒๘๔
๑.๑ ระบบรายงาน (Report)	๒๘๔
๑.๒ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)	๒๘๔
๑.๓ ระบบนิเทศงาน (Supervisor)	๒๘๕
๑.๔ ระบบนิเทศเฉพาะกิจ	๒๘๖
๑.๕ การตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข/การตรวจราชการ แบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี	๒๘๖
๒. ระบบการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ	๒๘๗
๒.๑ การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและแผนยุทธศาสตร์ด้านจังหวัด นครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๒๘๗
๒.๒ การประเมินระดับโครงการ ใช้ AFTER ACTION REVIEW (AAR)	๒๘๘
๒.๓ ประเมินผลเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพ	๒๘๘
๓. สรุปลวิเคราะห์จัดทำรายงานประจำปี	๒๘๘
ภาคผนวก	
๑) คำสั่งจังหวัดนครราชสีมาเรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำร่าง แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๒๘๙
๒) คณะผู้จัดทำ	๒๘๙

บทที่ ๑

๑. ข้อมูลทั่วไป

แผนที่จังหวัดนครราชสีมา



รูปที่ ๑

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บนที่ราบสูงโคราช ตัวจังหวัดอยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยทางรถยนต์เป็นระยะทาง ๒๕๕ กิโลเมตร และโดยทางรถไฟ เป็นระยะทาง ๒๖๔ กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ ๒๐,๔๙๓.๙๖ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๑๒,๘๐๘,๗๒๘ ไร่ เท่ากับร้อยละ ๑๒.๑๒ ของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดของพื้นที่เป็นอันดับที่ ๑ ของภาค มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดอื่น ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดจังหวัดชัยภูมิและจังหวัดขอนแก่น
ทิศตะวันออก	ติดจังหวัดบุรีรัมย์
ทิศใต้	ติดจังหวัดปราจีนบุรีและจังหวัดนครนายก
ทิศตะวันตก	ติดจังหวัดชัยภูมิ จังหวัดสระบุรี และจังหวัดลพบุรี

การปกครองและประชากร

จังหวัดนครราชสีมา ประกอบด้วย ๓๒ อำเภอ ๒๘๙ ตำบล ๓,๗๕๖ หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือน ๑,๐๒๔,๐๐๒ หลังคาเรือน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรวม ๓๓๔ แห่ง แบ่งเป็น องค์กรการบริหารส่วนจังหวัด ๑ แห่ง องค์กรการบริหารส่วนตำบล ๒๔๓ แห่ง เทศบาลนคร ๑ แห่ง เทศบาลเมือง ๔ แห่ง เทศบาลตำบล ๘๕ แห่ง

ประชากรจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

จำนวนประชากร จำนวน ๒,๖๒๖,๐๕๕ คน ชาย ๑,๒๘๗,๔๔๕ หญิง ๑,๓๓๘,๖๑๐ คน

ข้อมูลกระทรวงมหาดไทย ประชากรในเขตเทศบาล ๖๑๗,๖๔๔ คน ชนบท ๒,๐๐๘,๔๑๑ คน

ภูมิประเทศ

ส่วนใหญ่เป็นที่ราบสูง ห่างจากระดับน้ำทะเลปานกลาง ระหว่าง ๑๕๐–๓๐๐ เมตร มีเทือกเขา สันกำแพง และเทือกเขาพนมดงรัก เป็นแนวยาวทางด้านทิศใต้และทิศตะวันตก ส่วนบริเวณตอนล่างค่อนข้างไปทางเหนือและตะวันออกเป็นที่ราบลุ่ม

ภูมิอากาศ

สภาพอากาศทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ภายใต้อิทธิพลของมรสุม ๒ ชนิด คือ มรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ (เริ่มตั้งแต่ประมาณกลางเดือนตุลาคมถึงเดือนกุมภาพันธ์) มรสุมนี้มีแหล่งกำเนิดจากบริเวณ ความกดอากาศสูงในซีกโลกเหนือแถบประเทศมองโกเลียและจีนพัดพาเอามวลอากาศเย็น และแห้งจาก แหล่งกำเนิดเข้ามาปกคลุมประเทศไทย ทำให้บริเวณจังหวัดนครราชสีมาประสบกับภาวะอากาศ หนาวเย็นและแห้ง แล้ง โดยทั่วไป ส่วนมรสุมอีกชนิดหนึ่งคือมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ (เริ่มตั้งแต่กลางเดือน พฤษภาคมถึงกลางเดือนตุลาคม) มรสุมนี้มีแหล่งกำเนิดจากบริเวณความกดอากาศสูงในซีกโลกใต้ บริเวณ มหาสมุทรอินเดีย ซึ่งพัดออกจาก ศูนย์กลางเป็นลมตะวันออกเฉียงใต้และเปลี่ยนเป็นลมตะวันตกเฉียงใต้ เมื่อพัดข้ามเส้นศูนย์สูตร พัดพาเอามวล อากาศชื้นจากมหาสมุทรอินเดียมาสู่ประเทศไทย ทำให้บริเวณ จังหวัดนครราชสีมา มีเมฆมากและฝนตกชุก

สภาพเศรษฐกิจ

โครงสร้างเศรษฐกิจที่สำคัญของจังหวัดนครราชสีมามีโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ ภาคอุตสาหกรรม ภาคการเกษตร และการค้าส่งค้าปลีก ซึ่งมีอัตราสัดส่วนโครงสร้างร้อยละ ๒๒.๔๖, ๑๙.๘๒ และ ๑๔.๙๑ ตามลำดับ ในภาคการเกษตร จังหวัดมีพื้นที่เกษตรกรรมทั้งสิ้น ๘,๙๓๑,๐๓๒ ไร่ แบ่งเป็น ปลูกข้าว จำนวน ๔,๓๒๙,๗๒๔ ไร่ พืชไร่จำพวกข้าวโพด มันสำปะหลัง ปอ ฝ้าย และข้าวฟ่าง จำนวน ๓,๗๙๓,๖๐๒ ไร่ และ ปลูกพืชสวน ๖๓๒,๑๗๐ ไร่ มีครุว์เรือนเกษตรกรรมทั้งสิ้น ๓๒๖,๕๘๗ ครุว์เรือน โดยมีพืชเศรษฐกิจ ๓ อันดับแรก คือ ข้าว มันสำปะหลัง และข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ นอกจากนี้ยังมีการเลี้ยงสัตว์ เพาะเลี้ยงสัตว์น้ำ จัดการเลี้ยงไหมโดยเฉพาะที่อำเภอปักธงชัยเป็นแหล่งผ้าไหมที่ขึ้นชื่อ อาชีพการทำป่าไม้ และการประมงน้ำจืดตามลุ่มน้ำ

ในภาคอุตสาหกรรม ปี๒๕๖๐ จังหวัดนครราชสีมามีโรงงานทั้งสิ้น ๗,๕๑๓ โรงงาน มีมูลค่าการลงทุน ประมาณ ๑๘๘,๐๗๔ ล้านบาท มีจำนวนคนงานรวม ๑๒๙,๕๓๑ คน ซึ่งโรงงานอุตสาหกรรมส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมเกษตรมีสัดส่วนเฉลี่ยร้อยละ ๑๘.๘๔ อุตสาหกรรมขนส่งเฉลี่ยร้อยละ ๑๒.๒๗ อุตสาหกรรมโลหะเฉลี่ยร้อยละ ๑๑.๓๘ และอุตสาหกรรมอาหารเฉลี่ยร้อยละ ๑๐.๐๒ สำหรับ อุตสาหกรรมเหมืองแร่ มีแร่ที่สำคัญคือ หินบะซอลต์ หินปูน และเกลือหิน โดยเฉพาะเกลือหินพบมากใน ตอนเหนือและตอนกลางของจังหวัด

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ จังหวัดนครราชสีมาผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) เท่ากับ ๓๑๕,๕๘๓ ล้านบาท (๙.๓ Billion US\$) อยู่ในลำดับที่ ๑ ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลำดับที่ ๑๒ ของประเทศ และ ผลิตภัณฑ์จังหวัดต่อคน (GPP per capita) เท่ากับ ๑๒๖,๑๑๙ บาท (๓,๖๙๙ US\$) อยู่ในลำดับที่ ๑ ของ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ลำดับที่ ๓๒ ของประเทศ

เมื่อพิจารณาถึงเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดนครราชสีมา พบว่าผลิตภัณฑ์ของจังหวัดในภาพรวม ยังเพิ่มสูงขึ้นอย่างช้า สืบเนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ลดลง ส่งผลให้ ผลผลิตนอกภาคเกษตรในภาพรวมมีการขยายตัวเพิ่มขึ้น ปี ๒๕๖๒ มูลค่า ๒๖๓,๒๕๑ ล้านบาท และมีการ

ขยายตัวอย่างต่อเนื่องสาขาที่มีการขยายตัวสูงสุด ได้แก่ สาขาการผลิตอุตสาหกรรม มีมูลค่า ๘๓,๓๗๓ ล้านบาท แต่ยังคงต่ำกว่าปีก่อน (๘๖,๘๘๖ ล้านบาท) และรองลงมาได้แก่ สาขาการขายส่ง การขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ รถจักรยานยนต์ ปี ๒๕๖๒ มีมูลค่า ๔๔,๓๖๓ ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าปีก่อน (๔๓,๑๔๓ ล้านบาท) ผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประมาณการว่าจะขยายตัวในอัตรา ที่ชะลอตัวลง อยู่ที่ร้อยละ ๒.๐ ตามการชะลอตัวของภาคอุตสาหกรรม ภาคบริการและภาคเกษตรกรรม สำหรับปี พ.ศ. ๒๕๖๔ คาดการณ์ว่าจะหดตัวร้อยละ ๖.๐ จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ทำให้กิจกรรมทางเศรษฐกิจลดลง ส่งผลกระทบต่อทุกภาคการผลิต โดยเฉพาะภาคบริการและภาคอุตสาหกรรม ขณะที่ภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปริมาณน้ำฝนที่มีมากกว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๒

การศึกษา

จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนโรงเรียนแบ่งตามสังกัด ดังนี้

๑. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.) มีโรงเรียนสังกัด ๑,๓๕๕ โรงเรียน แบ่งเป็น โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาานครราชสีมา (สพม.นม.) จำนวน ๕๐ โรงเรียน โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาานครราชสีมาทั้ง ๗ เขต จำนวน ๑,๓๐๔ โรงเรียน และโรงเรียนสังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ ๑ แห่งได้แก่ โรงเรียนนครราชสีมาปัญญาคุณ

๒. สังกัดกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ๘๕ โรงเรียน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา (๕๘ โรงเรียน) เทศบาลนครนครราชสีมา (๖ โรงเรียน) เทศบาลเมือง ๒ แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองบัวใหญ่ (๓ โรงเรียน) และเทศบาลเมืองปากช่อง (๒ โรงเรียน) เทศบาลตำบล ๑๑ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล

๑ แห่งได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบลโนนแดง

๓. สังกัดสำนักงานการศึกษาเอกชน จำนวน ๑๑๙ โรงเรียน

๔. โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยในกำกับสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา จำนวน ๒ โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา และโรงเรียนสุรวิวัฒน์

มีจำนวนครู ๓,๐๘๘ คน บุคลากรทางการศึกษาทั้งหมด ๑๙,๐๘๘ คน และมีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น ๓๔๔,๖๙๖ คน มีสถานศึกษาในระดับอาชีวศึกษา ๒๑ แห่ง(แบ่งเป็นภาครัฐ ๑๒ แห่ง เอกชน ๙ แห่ง)

๕. สถาบันอุดมศึกษา จำนวน ๑๕ แห่ง แบ่งเป็นของภาครัฐ ๙ แห่ง เอกชน ๗ แห่ง มีอาจารย์ ๑,๘๘๕ คน นักศึกษา ๖๔,๗๐๘ คน

ด้านสังคม

จังหวัดนครราชสีมา มีวัดมากที่สุดในประเทศไทย ข้อมูลปี ๒๕๖๕ มีวัด ๒,๑๗๘ วัด มหานิกาย ๒,๐๑๓ วัด ธรรมยุต ๑๖๕ วัด จินนิกาย ๑ วัด มีพระภิกษุ ๑๖,๕๘๙ รูป เป็นมหานิกาย ๑๔,๙๙๔ รูป ธรรมยุต ๑,๕๙๕ รูป สามเณร ๑,๕๖๔ รูป (ข้อมูล สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๓)

ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของจังหวัดนครราชสีมา จำแนกเป็นรายอำเภอ ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	ระยะทาง (กม.)	ระดับ สถานบริการ (จน.เตียง)	รพ.สต.	รพ.สต.ที่ถ่ายโอน	รพ.สต.สังกัด สธ.	PCU รพ.	ศสภ.	PCUนอกสังกัด	PCUเอกชน	PCU ทั้งหมด	รวม	(ตร.กม.)
๑	เมือง	๒๕	๒๔๓	๕	M1(290*)	๒๗	๒	๒๕	๑	๖	๙	๙	๔๗	๔๓๙,๔๖๖	๗๕๕.๕๕๖
๒	นครบุรี	๑๒	๑๕๒	๕๘	M2(149)	๑๗	๑	๑๖					๑๗	๙๔,๒๖๑	๑,๘๑๖.๘๕
๓	เสิงสาง	๖	๘๔	๘๘	F2(60)	๙	๙						๙	๖๘,๖๒๘	๑,๒๐๐.๒๔
๔	คง	๑๐	๑๕๕	๗๙	F2(60)	๑๑	๒	๙					๑๑	๘๑,๒๙๘	๔๕๕.๗๓๗
๕	บ้านเหลื่อม	๔	๓๙	๘๕	F2(35)	๔		๙					๔	๒๑,๕๕๒	๒๑๘.๘๗๕
๖	จักราช	๘	๑๐๘	๔๐	F1(110)	๘		๘					๘	๗๐,๑๑๗	๕๐๑.๖๗๒
๗	โชคชัย	๑๐	๑๒๖	๓๐	M2(91)	๑๑	๒	๙	๑				๑๒	๗๘,๙๔๕	๕๐๓.๙๑๗
๘	ด่านขุนทด	๑๖	๒๒๐	๘๔	M2(126)	๑๙	๑๙						๑๙	๑๒๖,๗๘๑	๑,๔๒๘.๑๔
๙	โนนไทย	๑๐	๑๓๑	๒๘	F1(87)	๑๒	๘	๔					๑๒	๗๒,๒๕๙	๕๕๑.๙๙๔
๑๐	โนนสูง	๑๖	๑๙๕	๓๗	F1(86)	๑๗	๑๗						๑๗	๑๒๖,๓๘๔	๖๗๖.๙๘๑
๑๑	ขามสะแกแสง	๗	๗๒	๕๐	F2(60)	๖	๒	๔					๖	๔๓,๒๕๙	๒๙๗.๗๖๙
๑๒	บัวใหญ่	๑๐	๑๒๑	๑๐๑	M2(219)	๑๒	๑	๑๑	๑		๑		๑๔	๘๓,๗๖๐	๓๐๕.๐๒๘
๑๓	ประทาย	๑๓	๑๔๘	๙๗	F1(72)	๑๓	๙	๔					๑๓	๗๗,๘๘๘	๖๐๐.๖๔๘
๑๔	ปักธงชัย	๑๖	๒๑๓	๓๔	F1(118)	๒๐	๑๘	๒	๑				๒๑	๑๑๖,๑๔๖	๑,๓๗๔.๓๒
๑๕	พิมาย	๑๒	๒๐๘	๖๐	M1(189)	๑๙	๑๑	๘	๑				๒๐	๑๒๙,๙๖๔	๘๙๖.๘๗๑
๑๖	ห้วยแถลง	๑๐	๑๒๐	๖๕	F2(60)	๑๓	๖	๗					๑๓	๗๕,๐๘๐	๔๙๕.๑๗๕
๑๗	ชุมพวง	๙	๑๓๐	๙๘	F1(75)	๑๓	๑๓						๑๓	๘๒,๓๑๑	๕๔๐.๕๖๗
๑๘	สูงเนิน	๑๑	๑๒๕	๓๖	F1(119)	๑๕	๑๕						๑๕	๘๐,๒๐๕	๗๘๒.๘๕๓
๑๙	ขามทะเลสอ	๕	๔๖	๒๒	F2(36)	๗	๑	๖					๗	๒๘,๘๒๒	๒๐๓.๖๐๕
๒๐	สีคิ้ว	๑๒	๑๖๙	๔๕	M2(154)	๑๕	๖	๙	๑				๑๖	๑๒๒,๖๗๑	๑,๒๔๗.๐๗
๒๑	ปากช่อง	๑๒	๒๑๗	๘๕	S(307)/F3(30)	๑๙	๒	๑๗	๔		๑		๒๔	๑๘๗,๐๕๐	๑,๘๒๕.๑๗
๒๒	หนองบุญมาก	๙	๑๐๔	๕๒	F2(60)	๑๑	๑๑						๑๑	๕๙,๗๒๙	๕๙๐.๔๔๘
๒๓	แก้งสนามนาง	๕	๕๖	๑๓๐	F2(35)	๔	๓	๑					๔	๓๗,๔๘๔	๑๐๗.๒๕๘
๒๔	โนนแดง	๕	๖๕	๗๕	F2(33)	๔		๔					๔	๒๕,๔๘๖	๑๙๓.๔๐๗
๒๕	วังน้ำเขียว	๕	๘๓	๗๐	F2(40)	๑๑	๙	๒	๑				๑๒	๔๒,๐๗๐	๑,๑๓๐.๐๐
๒๖	เทพารักษ์	๔	๕๘	๙๐	F3(30)	๔	๑	๓					๔	๒๓,๘๔๒	๓๕๗.๔๖๕
๒๗	เมืองยาง	๔	๔๔	๑๑๐	F2(30)	๔		๔					๔	๒๘,๐๘๑	๒๕๕.๕๕๒
๒๘	พระทองคำ	๕	๗๔	๔๕	F2(30)	๕	๕						๕	๔๒,๒๓๗	๓๕๙.๕๕๒
๒๙	ลำทะเมนชัย	๔	๕๙	๑๒๐	F2(48)	๔	๑	๓					๔	๓๒,๒๓๒	๓๐๘.๔๕๗
๓๐	บัวลาย	๔	๔๕	๑๐๓	F3(30)	๕	๕						๕	๒๔,๗๖๙	๑๐๖.๘๙๓
๓๑	สีดา	๕	๕๐	๘๕	F3(24)	๕		๕					๕	๒๔,๓๔๔	๑๖๒.๘๒๕
๓๒	เฉลิมพระเกียรติ	๕	๖๑	๑๘	F2(10)	๔	๓	๑					๔	๓๔,๙๖๘	๒๕๕.๐๙๓
รวม		๒๘๙	๓,๗๒๑	๒,๑๒๕	๑ รพศ. ๒ รพท. ๓๑ รพช.	๓๔๘	๑๘๒	๑๖๖	๑๑		๑๐	๕	๓๘๐	๒,๕๘๒,๐๘๙	๒๐,๔๙๓.๙๗

ข้อมูลประชากร

ปี ๒๕๖๖ พบว่า ลักษณะโครงสร้างประชากรเป็นรูปเจดีย์ฐานสอบ สัดส่วนเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน อัตราส่วนการเป็นภาระเท่ากับ ๓๔.๓๑ ปีระมิตประชากรเป็นพีระมิตแบบหดตัว รูปแบบคือฐานพีระมิตแคบ ตรงกลางพองออกและยอดค่อยๆ แคบเข้าคล้ายรูปดอกบัวตูม ซึ่งแสดงถึงรูปแบบของอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ต่ำ หรือมีโครงสร้างประชากรลดลง อายุคาดเฉลี่ย ปี ๒๕๖๕ เพศชาย ๗๑.๘๗ ปี เพศหญิง ๗๙.๘๖ ปี และใกล้เคียงกับอายุคาดเฉลี่ย

ของประเทศไทย (เพศชาย ๗๓.๖ ปี เพศหญิง ๘๐.๗ ปี) เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอัตราส่วนพึ่งพิงพบว่า อัตราส่วนวัยเด็ก ๐-๑๔ ปี ใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศร้อยละ ๑๕.๘๑ / จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๑๕.๔๒) และพบว่าอัตราส่วนผู้สูงอายุประเทศใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ร้อยละ ๑๘.๒๕ / จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๒๓.๒๘)

เมื่อพิจารณาภาวะพึ่งพิงรวมประเทศใกล้เคียงกับจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ร้อยละ ๓๔.๐๖ / จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ ๓๔.๓๑)

ประเภท	จำนวน	ร้อยละ
เด็ก ๐-๑๔ ปี	๔๐๔,๘๙๖	๑๕.๔๒
หญิงวัยเจริญพันธุ์(หญิง๑๕-๔๙ปี)	๖๕๐,๑๙๒	๔๘.๕๘
วัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๕๐๓,๐๙๐	๑๙.๑๖
อัตราส่วนพึ่งพิงรวม	๙๐๗,๙๘๖	๓๔.๕๘

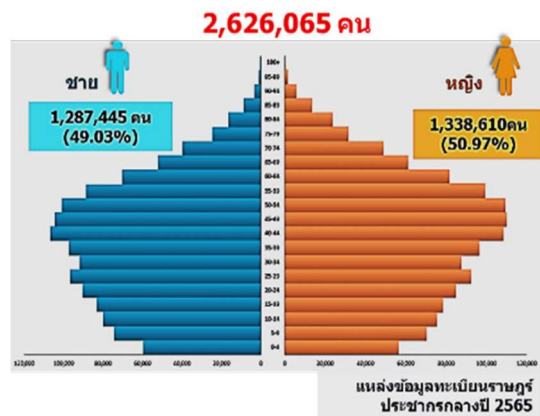
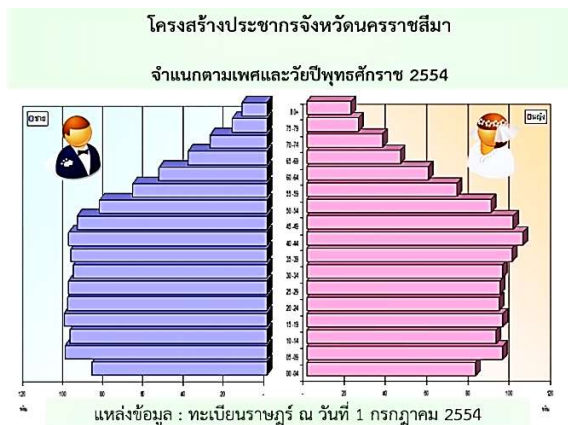
เมื่อเปรียบเทียบโครงสร้างประชากรปี ๒๕๕๔ กับปี ๒๕๖๕

พบว่า โครงสร้างประชากร ปี ๒๕๕๔ และปี ๒๕๖๕ โครงสร้างประชากรเป็นพีระมิดแบบหดตัว รูปแบบคล้ายรูปดอกบัวตูม ซึ่งปี ๒๕๖๕ มีรูปแบบพีระมิดที่หดตัวเพิ่มขึ้นชัดเจน ดังแสดงในตาราง และภาพโครงสร้างประชากร

โครงสร้างประชากร	๒๕๕๔(ร้อยละ)	๒๕๖๕(ร้อยละ)	แนวโน้ม
๐-๑๔ ปี	๒๑.๑๖	๑๕.๔๒	ลดลง
๑๕-๕๙	๕๒.๗๒	๔๙.๙๘	ลดลง
๖๐ปีขึ้นไป	๑๓.๖๔	๑๙.๑๖	เพิ่มขึ้น

ปี ๒๕๕๔

ปี ๒๕๖๕



ตารางแสดง แสดงจำนวนประชากรจำแนกตามวัยและเพศจังหวัดนครราชสีมาปี ๒๕๖๕

กลุ่มอายุ	ชาย	หญิง	รวม
0-4	56,492	53,457	109,949
5-9	71,667	68,062	139,729
10-14	80,005	75,213	155,218
15-19	82,756	78,030	160,786
20-24	87,027	81,937	168,964
25-29	96,863	92,556	189,419
30-34	92,437	88,258	180,695
35-39	94,533	93,591	188,124
40-44	104,462	106,484	210,946
45-49	104,231	109,336	213,567
50-54	101,771	110,876	212,647
55-59	90,596	102,335	192,931
60-64	73,478	84,839	158,317
65-69	53,081	62,657	115,738
70-74	41,524	51,446	92,970
75-79	25,946	33,651	59,597
80-84	16,700	23,562	40,262
85-89	9,020	14,246	23,266
90-94	3,358	5,839	9,197
95-99	1,098	1,720	2,818
100+	410	515	925
รวม	1,287,455	1,338,610	2,626,065

แหล่งข้อมูล ทะเบียนราษฎร ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๒. สถานะสุขภาพ

ตัวชี้วัดสถานะสุขภาพ

๑. อายุขัยเฉลี่ยของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

อายุขัยเฉลี่ยจังหวัดนครราชสีมาเปรียบเทียบกับประเทศ ปี ๒๕๖๕

อายุขัยเฉลี่ย	จังหวัดนครราชสีมา	ประเทศ
ชาย	๗๑.๘๗	๗๓.๖
หญิง	๗๙.๘๖	๘๐.๗

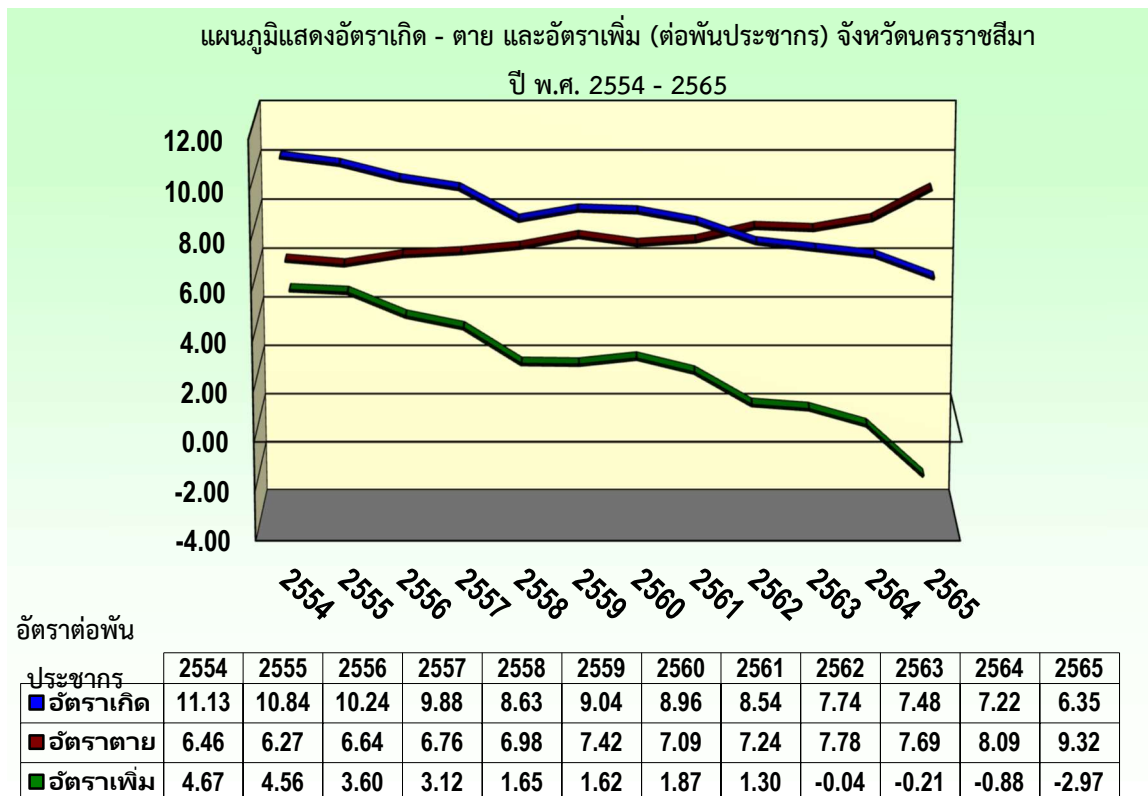
๒. สถิติชีพ

๒.๑ อัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่ม

พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มอัตราเกิดลดลง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ ส่งผลให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี ๒๕๕๔

ปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราเกิด ๖.๓๕ ต่อพันประชากร อัตราตาย ๙.๓๒ ต่อพันประชากร ส่งผลให้อัตราเพิ่มติดลบ ๒.๙๗ ต่อพันประชากร จะเห็นว่าอัตราเพิ่มมีติดลบมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๒

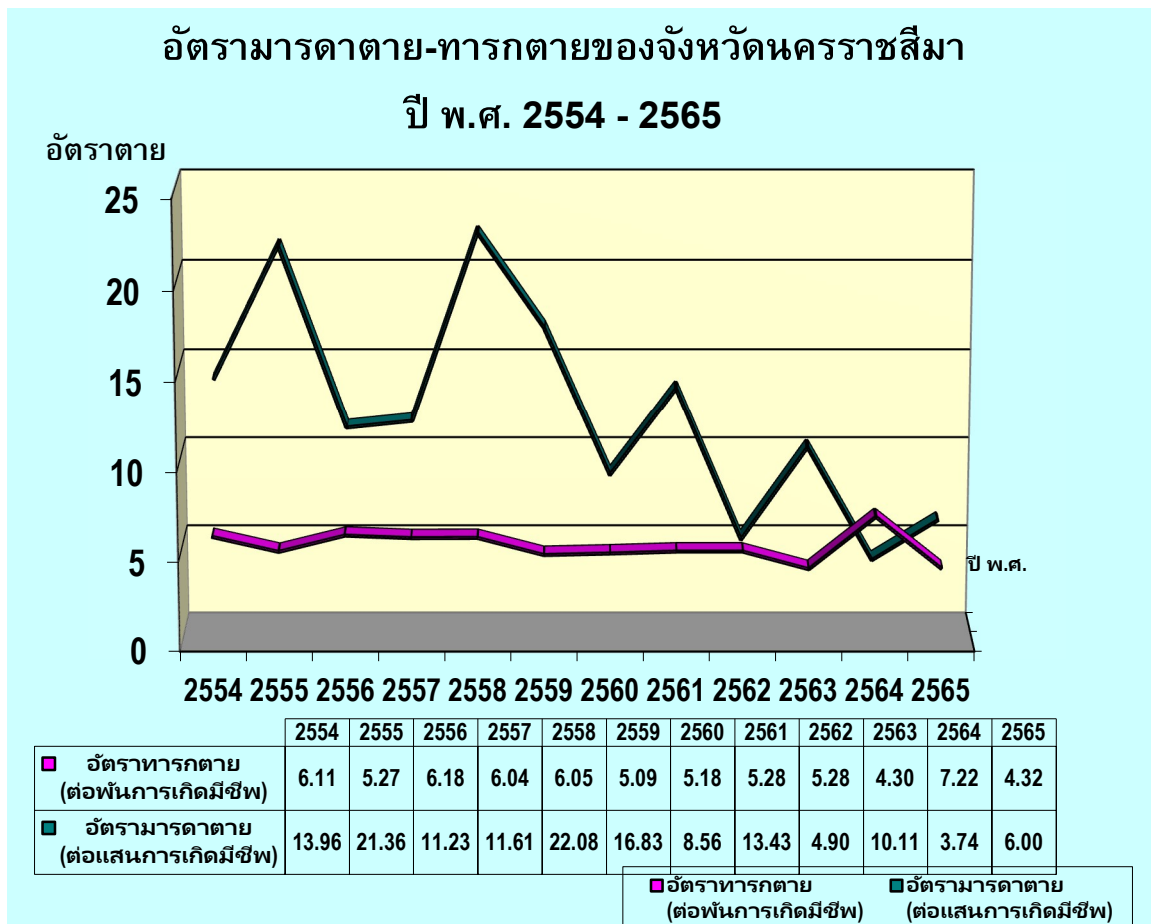
เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ พบว่าอัตราเกิดของประเทศสูงกว่าของจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๘.๒ จังหวัดนครราชสีมา ๖.๓๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายของประเทศต่ำกว่าจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๗.๙ จังหวัดนครราชสีมา ๙.๓๒ ต่อพันประชากร) และอัตราเพิ่มประเทศเท่ากับ -๐.๓๐ ต่อพันประชากร ในขณะที่จังหวัดนครราชสีมาอัตราเพิ่ม -๒.๙๗



แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

๒.๒ อัตราทารกตายอัตรามารดาตาย

จากข้อมูลสำนักนโยบาย และพัฒนายุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ อัตราทารกตายเท่ากับ ๔.๓๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ และ อัตรามารดาตาย ๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ซึ่งพบว่า อัตราทารกตายลดลงปี ๒๕๖๔ (ปี ๒๕๖๔ ๗.๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ) อัตรามารดาตายขึ้นลงไม่คงที่ พบว่าปี ๒๕๖๕ อัตรามารดาตาย ๖ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ (๓.๗๔ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ อัตรามารดาตาย ๑๓.๔๓ ๔.๙๐ ๑๐.๑๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ตามลำดับ) ดังแสดงในกราฟ



แหล่งข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลจากกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อัตรามารดาตายในจังหวัดนครราชสีมา ๓ ปีซ้อนหลัง พบว่า

มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๕ อัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๘.๘๗, ๘.๖๗, ๑๓.๗๑, ๑๙.๕๔, ๒๐.๙๗ และ ๕๗.๕๔ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ตามลำดับ

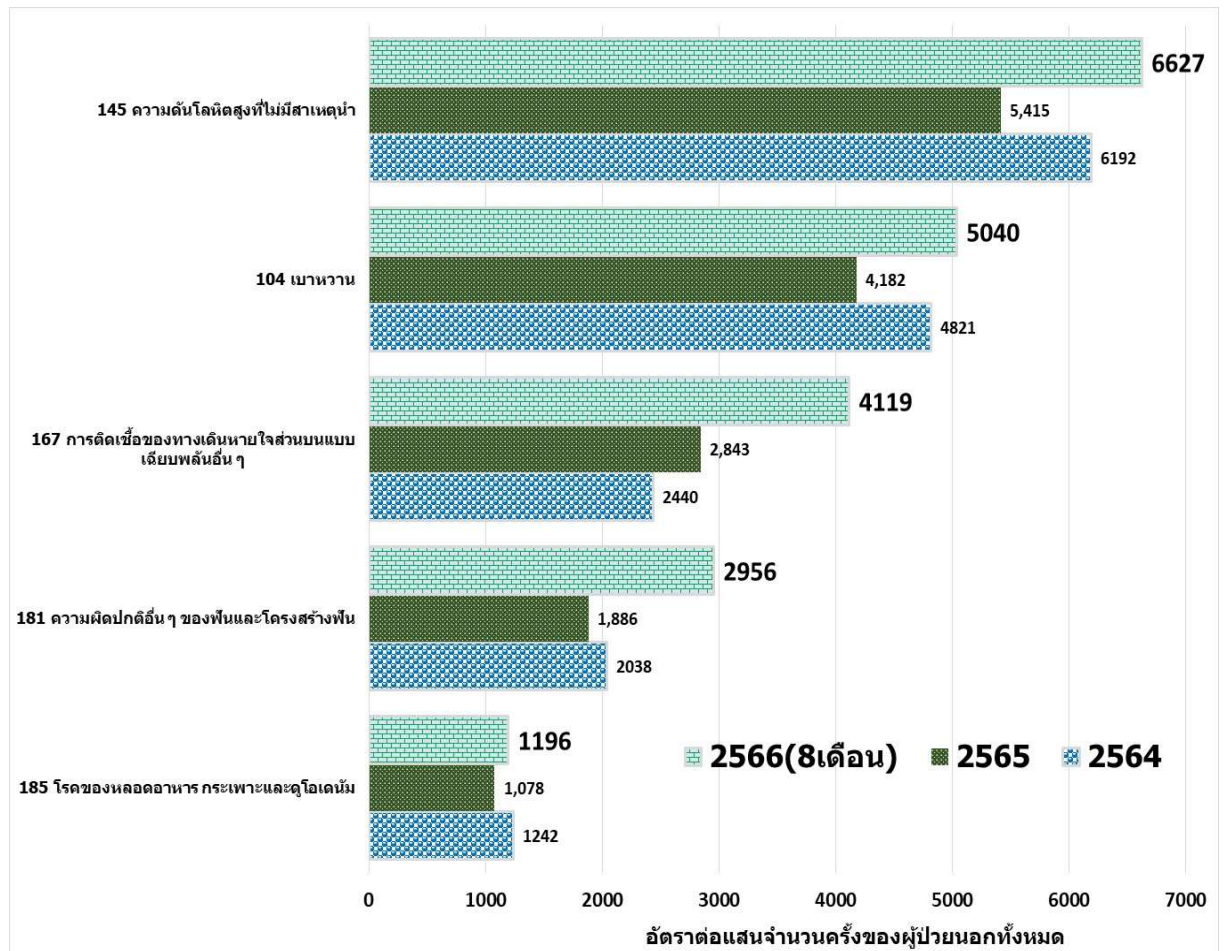
๒.๓ สาเหตุการป่วย

สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ๕ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๖ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๖๖๒๗ ต่อแสนจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เบาหวาน การติดเชื้อของทางเดินหายใจ ส่วนบนแบบเฉียบพลัน ความผิดปกติอื่นของฟันและโครงสร้างฟัน และโรคหลอดเลือดอาหาร กระเพาะและดูโอเดนิ่ม ๖,๖๒๗ , ๕,๐๔๐ ๔,๑๑๙ และ ๒,๙๕๖ ต่อแสนจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิ

เมื่อเปรียบเทียบสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ๕ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ (ณ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖) พบว่า ข้อมูล ปี๒๕๖๖ (๑ ต.ค. ๖๖-๑๔ พ.ค. ๖๖) ๗ เดือน พบจำนวนผู้ป่วยมากกว่าทั้งปีของปี ๒๕๖๔ และ ๒๕๖๕

แผนภูมิแสดง การเปรียบเทียบอัตราผู้ป่วยนอก ๕ อันดับโรค จำแนกตามสาเหตุการป่วย จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖(ณ ๑๔ พค.๖๖)



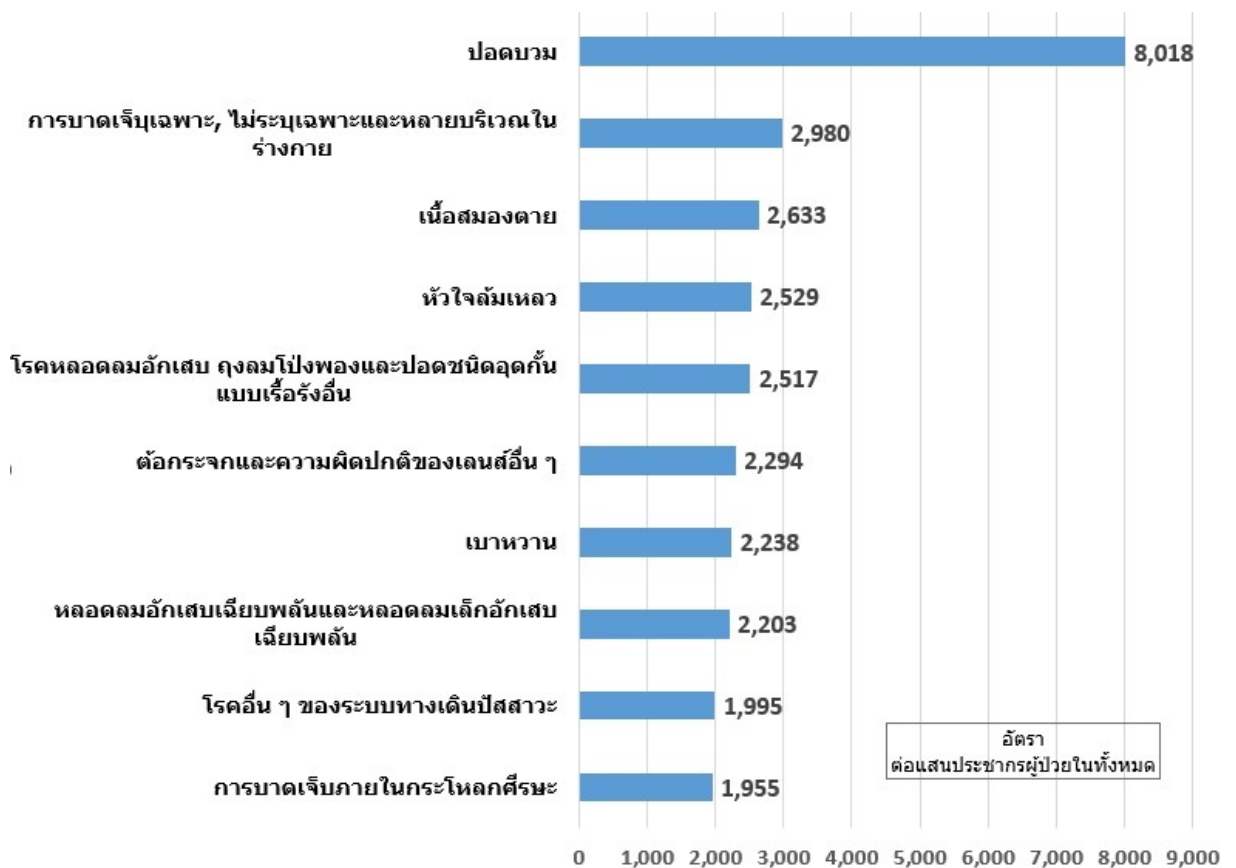
แหล่งข้อมูล ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

สาเหตุการป่วยผู้ป่วยใน

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ๑๐ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๖ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖) พบว่า ปอดบวม เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๘,๐๑๘ ต่อแสนประชากรผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เนื้อสมองตาย, หัวใจล้มเหลว, ภาวะลมโป่งพองและปอดอุดกั้นเรื้อรัง และต่อกระຈกและความผิดปกติของเลนส์ ๒,๖๓๓, ๒,๕๒๙, ๒,๕๑๗ และ ๒,๒๙๔ ต่อแสนของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิ

แผนภูมิแสดง อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยในต่อแสนประชากรผู้ป่วยในทั้งหมด ๑๐ อันดับแรกจังหวัดนครราชสีมา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (ณ ๑๔ พค.๖๖)

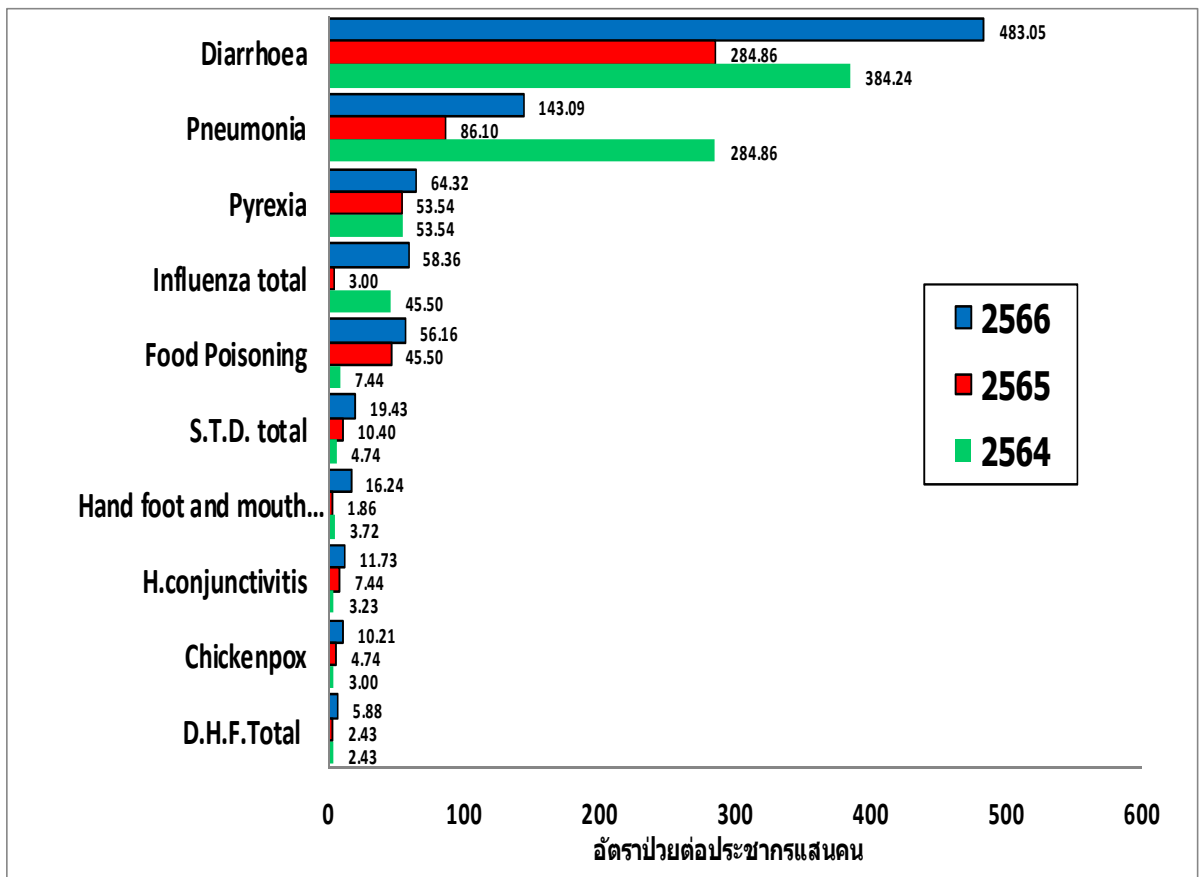


แหล่งข้อมูล ข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

สาเหตุการป่วยทางระบาดวิทยา

อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังในระบบรายงาน ๕๐๖ จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๖ ๑๐ อันดับ ระหว่างวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๔ ๒๕๖๕ ในช่วงเวลาเดียวกัน พบสูงสุดคือ โรคอุจจาระร่วง(๔๘๓.๐๕) พบสูงกว่าปีที่แล้ว(๒๘๔.๘๖) รองลงมาคือ โรคปอดบวม (๑๔๓.๐๙) ใช้ไม้ทราบสาเหตุ (๖๔.๓๒) และไข้หวัดใหญ่ (๕๘.๓๖) ดังแผนภูมิ

แผนภูมิแท่ง แสดงเปรียบเทียบ ปี ๒๕๖๕ และปี ๒๕๖๔ ในช่วงเดียวกันอัตราป่วย ๑๐ อันดับ โรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมาปี ๒๕๖๖ (๑ ม.ค. - ๑๕ พ.ค. ๖๖)



แหล่งข้อมูล รง ๕๐๖ ปี ๒๕๖๖ (๑ ม.ค.-๑๕ พ.ค. ๖๖) ปรับปรุงข้อมูลเมื่อวันที่ ๒๒ พ.ค. ๒๕๖๖ เวลา ๑๑.๐๐ น.

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส ๒๐๑๙

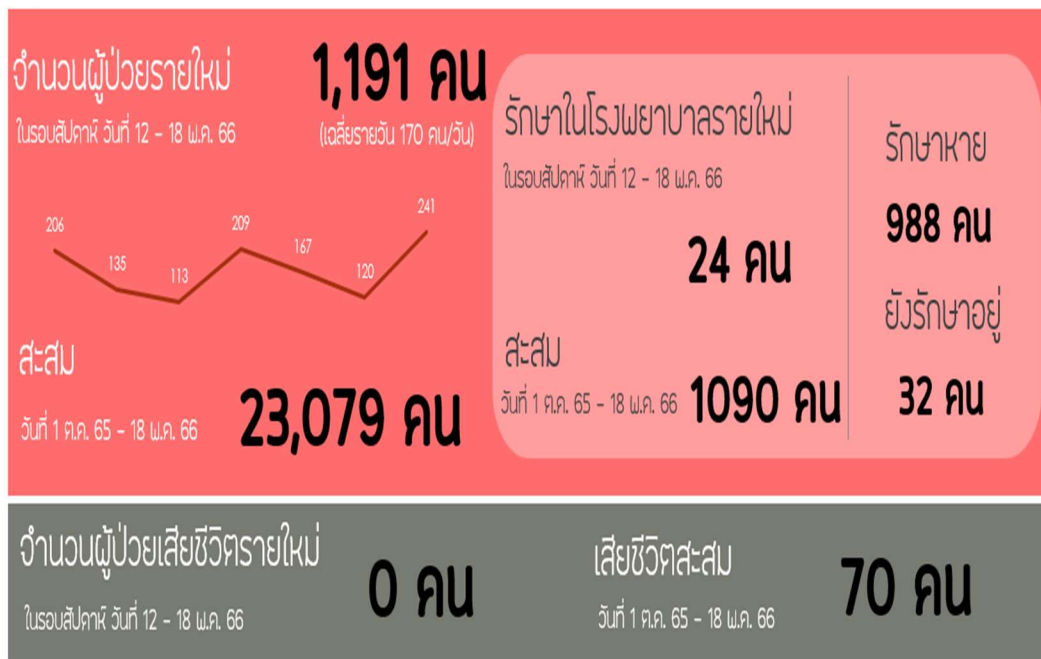
สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ช่วงปลายเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ โรค COVID-๑๙ ได้มีการปรับสถานะจากโรคติดต่ออันตราย มาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ทำให้ผู้ป่วยที่ ถูกค้นพบหรือมีอาการรุนแรงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษา มีจำนวนลดลง อีกทั้งในจังหวัดนครราชสีมา ยังมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-๑๙ อย่างเข้มข้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตลดลง สรุป สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-๑๙ ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ข้อมูลผู้ป่วยสะสม ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ จนถึงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๒๓,๐๗๙ ราย เสียชีวิต ๗๐ ราย

๒.๔ สาเหตุการตาย

สาเหตุการตายตามกลุ่มอาการ

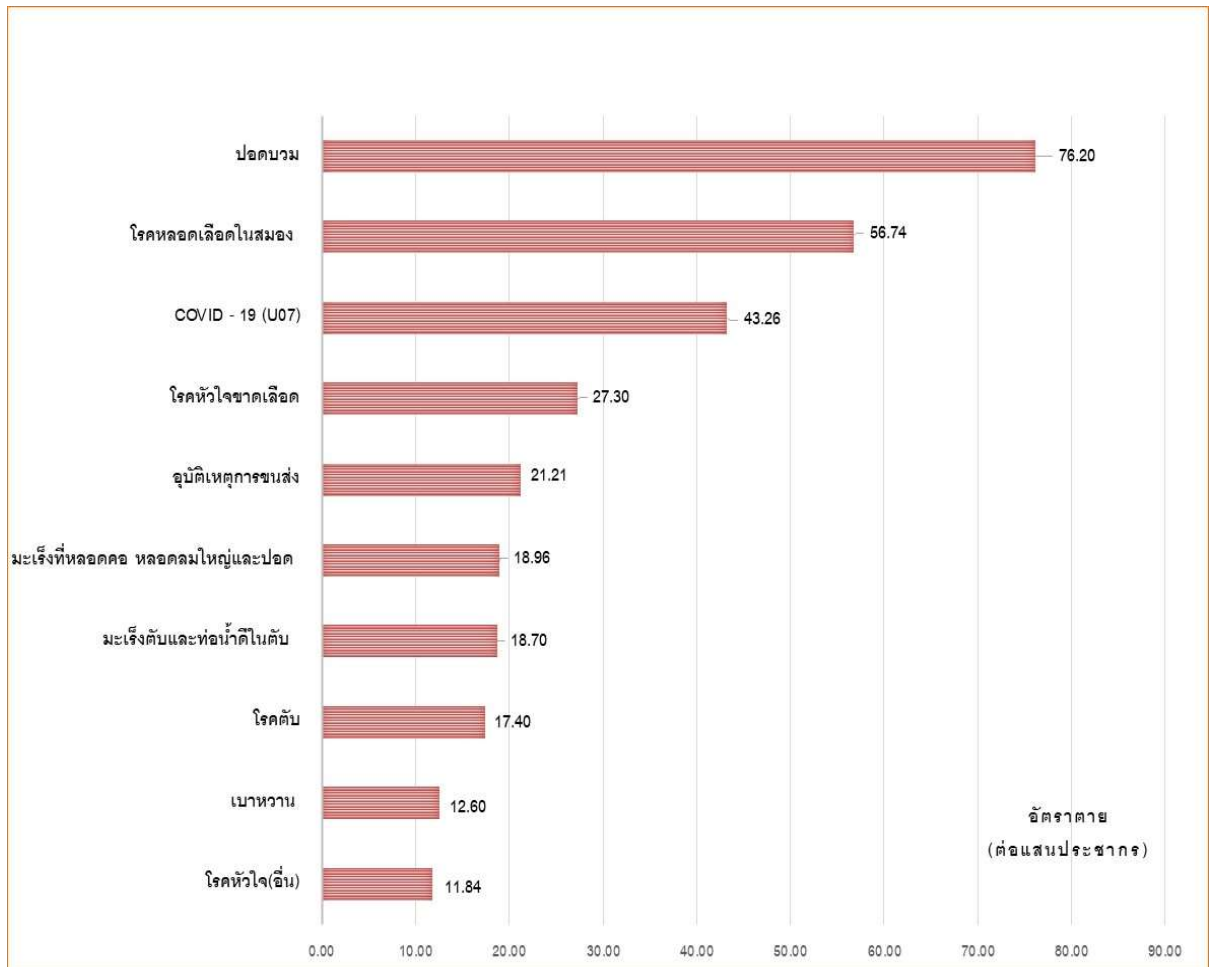


สถานการณ์ COVID-19 ในจังหวัดนครราชสีมา รายสัปดาห์



เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๕ พบว่า อันดับหนึ่ง ได้แก่ โรคปอดบวม ๗๖.๒๐ ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โควิด๑๙ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุขนส่ง ๕๖.๗๔ ๔๓.๒๖ ๒๗.๓๐ และ ๒๑.๒๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

กราฟแสดงอัตราการตาย ๑๐ อันดับแรกจำแนกตามสาเหตุการตายจังหวัดนครราชสีมาปี ๒๕๖๕



แหล่งข้อมูล : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

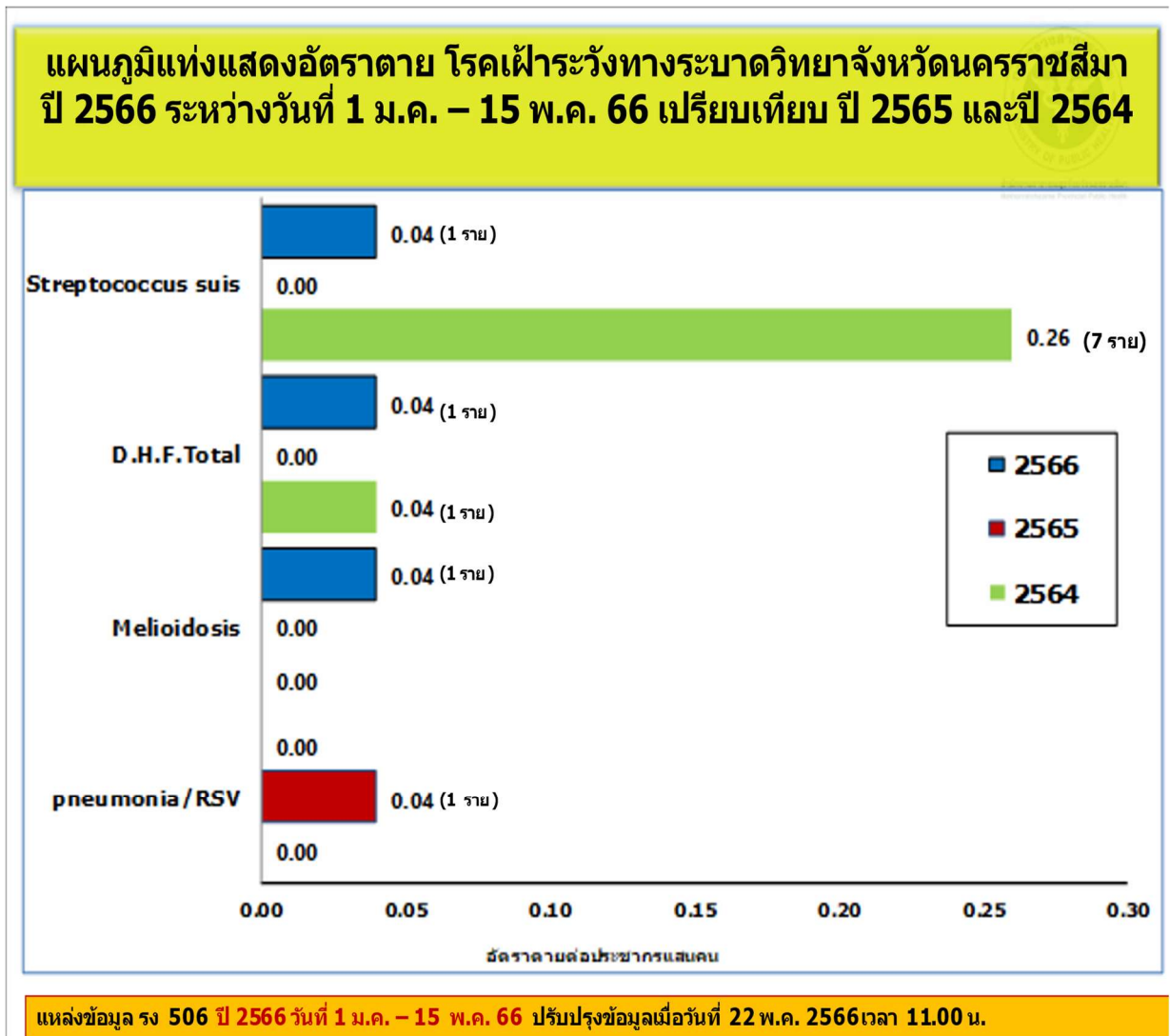
ตารางแสดง อัตราตาย ๑๐ อันดับแรก ตามกลุ่มสาเหตุการตาย จ.นม. ปี ๒๕๖๕

ลำดับ	ICD10	สาเหตุตาย	จำนวน (ราย)	อัตราการตาย (ต่อแสนประชากร)
๑	J12-J18	ปอดบวม	๒๐๐๑	๗๖.๒๐
๒	I60-I69	โรคหลอดเลือดในสมอง	๑๔๙๐	๕๖.๗๔
๓	U07	COVID - 19 (U07)	๑๑๓๖	๔๓.๒๖
๔	I20-I25	โรคหัวใจขาดเลือด	๗๑๗	๒๗.๓๐
๕	V01-V99	อุบัติเหตุการขนส่ง	๕๕๗	๒๑.๒๑
๖	C33-C34	มะเร็งที่หลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด	๔๙๘	๑๘.๙๖
๗	C22	มะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ	๔๙๑	๑๘.๗๐
๘	K70-K76	โรคตับ	๔๕๗	๑๗.๔๐
๙	E10-E14	เบาหวาน	๓๓๑	๑๒.๖๐
๑๐	I26-I52	โรคหัวใจ(อื่น)	๓๑๑	๑๑.๘๔

แหล่งข้อมูล : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

สาเหตุการตายทางระบาดวิทยา

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตายตามระบาดวิทยาจังหวัดนครราชสีมา ในช่วงเวลาเดียวกัน พบผู้ป่วยด้วยโรคทางระบาดวิทยาและเสียชีวิต ๓ โรค ได้แก่ โรคไข้เลือดออก (๐.๐๔ ต่อแสนประชากร) โรคเมลิออยด์ (melioidosis) ๑ ราย (๐.๐๔ ต่อแสนประชากร) และโรคไข้หัด ๑ ราย (๐.๐๔ ต่อแสนประชากร)



๓. ข้อมูลด้านสาธารณสุข

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีบุคลากรในสังกัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ รวมทั้งสิ้น ๑๔,๕๗๘ คน เปรียบเทียบย้อนหลัง ๓ ปี โดยจำแนกตามลักษณะการจ้างงาน ๕ ประเภท ได้แก่ ๑) ข้าราชการ ๒) พนักงานราชการ ๓) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๔) ลูกจ้างประจำ ๕) ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน รายละเอียดตามตาราง

ตารางแสดง จำนวนบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

ลำดับ	ประเภทบุคลากร	(รวม รพช./สสอ./รพ.สต. และ สอ.)			รพศ.			รพท.			รวม	ร้อยละ
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖		
๑	ข้าราชการ	๕,๔๒๔	๕,๕๘๙	๕,๗๗๐	๒,๔๘๕	๒,๔๐๑	๒,๔๒๓	๑,๐๖๖	๑,๐๘๖	๑,๑๑๑	๘,๓๐๔	๕๖.๙๖
๒	พนักงานราชการ	๖๓	๑๔๖	๑๔๑	๑๐๙	๑๔๖	๑๓๗	๒๙	๓๕	๓๖	๓๑๔	๒.๑๕
๓	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๓,๐๒๑	๓,๑๐๘	๒,๕๓๑	๑,๖๒๓	๑,๖๕๒	๑,๕๖๑	๖๕๓	๖๙๔	๖๗๒	๔,๗๖๔	๓๒.๖๘
๔	ลูกจ้างประจำ	๒๒๑	๑๙๖	๑๖๕	๕๘	๓๑	๑๕	๒๒	๑๘	๑๗	๑๙๗	๑.๓๕
๕	ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	๔๑๔	๔๒๒	๔๕๕	๙๐๒	๔๒๗	๔๓๘	๑๑๑	๑๐๖	๑๐๖	๙๙๙	๖.๘๕
รวม		๙,๑๔๓	๙,๔๖๑	๘,๐๖๒	๕,๑๗๗	๔,๖๕๗	๔,๕๗๔	๑,๘๘๑	๑,๙๓๙	๑,๙๔๒	๑๔,๕๗๘	๑๐๐.๐๐

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ณ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕

การวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๕

การวิเคราะห์อัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา ในปี ๒๕๖๖ ซึ่งเขตสุขภาพที่ ๙ เป็นเขตนาร่องที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้กรอบ Blueprint (ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖) พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดแคลนบุคลากรสายวิชาชีพ เรียงตามลำดับ คือ ตำแหน่ง แพทย์ นักกายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์/จพ. วิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เภสัชกร นักรังสีการแพทย์/เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย/จพ.(อายุรเวท) พยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัด นักวิชาการเวชสถิติ/จพ.เวชสถิติ นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา ตามลำดับ

ตารางแสดง การวิเคราะห์กรอบอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลจังหวัดนครราชสีมา

ลำดับ	ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร ปฏิบัติงานจริง	การแสดงผลข้อมูล		
			กรอบBlue print	ร้อยละ	-ขาด/+เกิน
๑	แพทย์	๘๖๒	๑,๐๔๙	๘๒.๑๗	-๑๘๗
๒	ทันตแพทย์	๒๓๒	๒๗๗	๘๓.๗๕	-๔๕
๓	เภสัชกร	๓๗๐	๔๔๖	๘๒.๙๖	-๗๖
๔	พยาบาลวิชาชีพ	๕,๓๑๖	๕,๓๔๙	๙๙.๓๘	-๓๓
๕	นักกายภาพบำบัด	๑๒๐	๒๑๒	๕๖.๖๐	-๙๒
๖	นักเทคนิคการแพทย์/ จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	๓๒๓	๔๑๕	๗๗.๘๓	-๙๒
๗	นักรังสีการแพทย์/ จพ.รังสีการแพทย์	๑๐๒	๑๕๑	๖๗.๕๕	-๔๙
๘	นวก.สาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข)/ จพ.ทันตสาธารณสุข	๑๒๗	๑๑๙	๑๐๖.๗๒	๘
๙	นวก.สาธารณสุข(เวชสถิติ)/ จพ.เวชสถิติ	๑๐๐	๑๑๕	๘๖.๙๖	-๑๕
๑๐	จพ.เภสัชกรรม	๒๒๓	๓๑๒	๗๑.๔๗	-๘๙
๑๑	แพทย์แผนไทย/จพ.สาธารณสุข (อายุรเวท)	๗๕	๑๑๙	๖๓.๐๓	-๔๔
๑๒	นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา	๔๙	๖๑	๘๐.๓๓	-๑๒
๑๓	นักกิจกรรมบำบัด	๔	๒๑	๑๙.๐๕	-๑๗

ที่มา : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ณ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๕

ตารางแสดงอัตรากำลังบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๖

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
กุมารเวชกรรม	๒๘	๒๕	๒๗	๒๗	๓๐	๓๔
กุมารเวชศาสตร์	๑	-	-	-	๓	๕
กุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด	๔	๔	๓	๓	๓	๓
กุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม	๑	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม	๓	๑	๒	๒	๒	๒
กุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ	๒	๒	๒	๒	๒	๒
กุมารเวชศาสตร์โรคไต	๓	๓	๓	๓	๓	๓
กุมารเวชศาสตร์โรคผิวหนัง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน	๑	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ	๓	๓	๓	๓	๓	๓
กุมารเวชศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและโรคตับ	-	-	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์โรคเลือดและมะเร็งในเด็ก	๔	๔	๔	๔	๔	๔
กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ	๒	๒	๒	๔	๔	๕
กุมารเวชศาสตร์หน่วยโภชนาการ	๑	๑	-	๐		๐

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	๑	๑	๑	๑	๑	๒
กุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา	๑	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารเวชศาสตร์สาขาเวชบำบัดวิกฤต	-	-	๑	-	-	๐
กุมารเวชศาสตร์วัยรุ่น	-	-	๑	-	-	๐
จักษุวิทยา	๗	๘	๗	๘	๘	๘
จักษุวิทยา	๒	๓	๒	๓	๓	๓
จักษุวิทยากระจกตา	๑	๑	๑	๑	๑	๑
จักษุวิทยาจอประสาทตา	๓	๓	๓	๓	๓	๓
จักษุวิทยาต้อกระจก	-	-		๐	๐	๑
จักษุวิทยาต้อหิน	๑	๑	๑	๑	๑	
จิตเวช	๔	๔	๕	๖	๖	๖
จิตเวชศาสตร์	๓	๓	๔	๔	๔	๔
จิตเวชเด็กและวัยรุ่น	๑	๑	๑	๒	๒	๒
นิติเวช	๓	๓	๓	๓	๓	๓
นิติเวชศาสตร์	๓	๓	๓	๓	๓	๓
พยาธิวิทยากายวิภาค	๖	๖	๕	๗	๗	๗
พยาธิวิทยากายวิภาค	๖	๖	๕	๗	๗	๗
เทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก				๑	๑	๑
เทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก	๐	๐	๐	๑	๑	๑
ระบาดวิทยา	๑	๑		๐	๐	๐
แขนงระบาดวิทยา	๑	๑		๐	๐	๐
รังสีวิทยา	๒๐	๒๐	๒๐	๑๘	๑๙	๒๑
รังสีวิทยาวินิจฉัย	๘	๘	๙	๘	๘	๘
รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา	๔	๔	๓	๓	๓	๓
เวชศาสตร์นิวเคลียร์	๔	๔	๔	๓	๔	๕
ภาพวินิจฉัยระบบประสาท	๒	๒	๒	๒	๒	๒
รังสีร่วมรักษาของลำตัว	๒	๒	๒	๒	๒	๒
รังสีร่วมรักษากระดูก						๑
วิสัญญีวิทยา	๑๒	๑๑	๑๒	๑๔	๑๕	๑๖
วิสัญญีวิทยา	๑๑	๙	๙	๑๐	๑๑	๑๒
การระงับปวด	-	๑	๑	๒	๒	๒
วิสัญญีวิทยาเพื่อการผ่าตัดหัวใจหลอดเลือดใหญ่และทรวงอก	๑	๑	๒	๒	๒	๒
เวชกรรมฟื้นฟู	๕	๕	๕	๕	๘	๘
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	๕	๕	๕	๕	๘	๘
เวชกรรมสังคม	๘	๘	๑๑	๑๒	๑๑	๑๐
เวชศาสตร์ครอบครัว	๖	๖	๑๐	๑๒	๑๑	๑๐
กุมารเวชศาสตร์ & เวชศาสตร์ครอบครัว	๑	๑				
แขนงระบาดวิทยา, อาชีวเวชศาสตร์, เวชศาสตร์	๑	๑	๑			

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ครอบครัว						
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๘	๘	๙	๙	๙	๘
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๘	๘	๙	๙	๙	๘
ศัลยกรรม	๔๓	๓๙	๔๑	๔๓	๔๓	๔๔
ศัลยศาสตร์	๑๒	๙	๘	๘	๗	๙
ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	๓	๒	๓	๓	๓	๓
ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ, ศัลยศาสตร์มะเร็ง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ, เวชศาสตร์ป้องกัน	๑	๑	๑	๑	๑	
ศัลยศาสตร์, เวชศาสตร์ป้องกัน	๑	๑	๑	๑	๑	๑
กุมารศัลยศาสตร์	๓	๓	๓	๓	๔	๔
ประสาทศัลยศาสตร์	๔	๔	๔	๕	๕	๕
ศัลยศาสตร์ตกแต่ง	๓	๓	๓	๓	๓	๓
ศัลยศาสตร์ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี	๑	๑	๑	๒	๒	๒
ศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ	๒	๒	๒	๒	๒	๒
ศัลยศาสตร์ทรวงอก	๓	๓	๕	๔	๔	๕
ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	๕	๕	๔	๔	๔	๔
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์ส่องกล้อง	๑	๑	๑	๑	๑	๐
ศัลยศาสตร์หลอดเลือด	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์หลอดเลือด, ศัลยศาสตร์มะเร็ง	๑	๑	๑	๑	๑	๑
ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	-	-	๑	๑	๑	๑
เวชบำบัดวิกฤต	-	-	-	๑	๑	๑
สูติ-นรีเวชกรรม	๒๔	๒๑	๒๑	๒๓	๒๒	๒๓
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	๑๓	๑๐	๑๐	๑๑	๑๐	๙
มะเร็งนรีเวชวิทยา	๖	๖	๖	๖	๖	๖
เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์	๒	๒	๒	๒	๒	๓
เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์	๓	๓	๓	๔	๔	๕
โสต ศอ นาสิก	๑๑	๙	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
โสตนาสิกการังษวิทยา	๑๑	๙	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
ออร์โธปิดิกส์	๒๖	๒๕	๒๔	๒๓	๒๒	๒๓
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๒๖	๒๕	๒๔	๒๓	๒๒	๒๓
อายุรกรรม	๒	๒	๓	๓	๓	๓
อายุรศาสตร์	๒	๒	๓	๓	๓	๓
ประสาทวิทยา	๓	๓	๕	๕	๕	๕
อายุรศาสตร์ประกาศนียบัตรตจวิทยา	๑	๑	๓	๓	๓	๑
วุฒิบัตรสาขาตจวิทยา						๒
อายุรศาสตร์โภชนาวิทยาและเคมีทางการแพทย์	๑	๑	๑	๑	๑	๑

หน่วยงานโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา	๑	๑	๑	๒	๒	๒
อายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม	๒	๒	๒	๒	๓	๓
อายุรศาสตร์โรคต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม	๓	๔	๔	๔	๔	๔
อายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ	๑	๑	๔	๔	๔	๔
อายุรศาสตร์โรคไต	๖	๖	๖	๖	๗	๗
อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินหายใจ	๕	๕	๕	๕	๕	๕
อายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหารและตับ	๔	๔	๓	๓	๔	๕
อายุรศาสตร์โรคหัวใจและหลอดเลือด	๑๑	๑๑	๑๐	๘	๘	๙
อายุรศาสตร์โรคเลือด	๓	๓	๓	๓	๔	๔
ผลรวมทั้งหมด	๒๕๕	๒๓๙	๒๕๒	๒๖๔	๒๗๒	๒๘๑

ที่มา: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการระเบียบเรียง กพ ๖๖)

ตารางแสดง จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

รายการ	ปีงบประมาณ					
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. ทันตสาธารณสุข (Dental public health)	๑	๑	-	-	-	
๒. ทันตกรรมทั่วไปขั้นสูง (Super general practice)	๒	๒	๒	๒	๒	๒
๓. วิทยาการวินิจฉัยโรคช่องปาก (Oral medicine)	๔	๔	๔	๔	๔	๔
๔. ปริทันตวิทยา (Periodontist)	๒	๓	๓	๓	๓	๔
๕. ทันตกรรมสำหรับเด็ก (Pedodontist)	๑	๑	๑	๒	๒	๒
๖. ศัลยศาสตร์ช่องปาก (Oral surgery)	-	๑	๑	๑		๒
๗. วิทยาเอ็นโดดอนต์ (Endodontist)	๓	๓	๔	๓	๒	๓
๘. ทันตกรรมจัดฟัน (Orthodontist)	๒	๒	๓	๓	๓	๒
๙. ศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล (Maxillofacial prosthodontist)	๕	๔	๔	๔	๕	๔
๑๐. ทันตกรรมประดิษฐ์ (Prosthodontist)	๔	๔	๔	๕	๕	๖
๑๑. ทันตกรรมประดิษฐ์ขากรรไกรและใบหน้า (Maxillofacial prosthodontist)	-	๑	๑	๑	๑	๑
๑๒. ทันตกรรมหัตถการ (Operative dentistry)	-	-	๑	๒	๒	๑
รวม	๒๔	๒๖	๒๘	๓๐	๓๐	๓๑

ที่มา: กลุ่มงานทันตกรรม (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการระเบียบเรียง กพ ๖๖)

แสดงสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานบริการ	แห่ง
โรงพยาบาลศูนย์(๑,๓๘๗ เตียง)	๑
โรงพยาบาลจิตเวชราชชนครินทร์(๓๐๐ เตียง)	๑
โรงพยาบาลแม่และเด็ก	๑
โรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย	๑
โรงพยาบาลระดับ S	๑
โรงพยาบาลระดับ M๑	๒
โรงพยาบาลระดับ M๒	๕
โรงพยาบาลระดับ F๑	๗
โรงพยาบาลระดับ F๒	๑๔
โรงพยาบาลระดับ F๓	๔
รพ.สต.	๓๔๘
- รพ.สต.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	๑๖๖
- รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไปอบจ.	๑๘๒
สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงกลาโหม	๒
โรงพยาบาลค่ายสุรนารี(๔๐๐ เตียง)	๑
โรงพยาบาลกองบิน ๑ (๓๐ เตียง)	๑
สถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน	
โรงพยาบาลเอกชน	๙
คลินิกเวชกรรม	๓๗๕
คลินิกทันตกรรม	๑๘๕
คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์	๒๒๕
ชั้น ๒	๒
เทคนิคการแพทย์	๑๙
กายภาพบำบัด	๑๘
การแพทย์แผนไทย	๒๓
การแพทย์แผนไทยประยุกต์	๓
แพทย์แผนจีน	๒๑
คลินิกการประกอบโรคศิลปะรักษาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย	๑
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากายอุปกรณ์	๑
คลินิกการประกอบโรคศิลปะสาขากิจกรรมบำบัด	๑
สหคลินิก	๙
ร้านขายยา	
- แผนปัจจุบัน	๔๑๑
- แผนปัจจุบันบรรจุเสร็จ	๘๒
- ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร	๓๗
- ผลิตภัณฑ์สมุนไพร	๑๗
- ขายยาสัตว์	๕๓

จำนวนเตียงผู้ป่วยนอกและเตียงอื่นๆ

ลำดับ	รายการ	จำนวน ห้อง ตรวจ	จำนวน เตียง ตรวจ	จำนวน เตียง หัตถการ	หมายเหตุ
๑	ห้องตรวจกระดูกและข้อ	๑๐	๑๐	๓	ชั้น ๑ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒	ห้องเฝือก	๑	-	๕	ชั้น ๑ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๓	ห้องเวชศาสตร์นิวเคลียร์	๒	๒	๗	ชั้น ๒ อาคารเฉลิมพระเกียรติ
๔	ห้องตรวจอายุรกรรม โชน A	๑๒	๑๒	๒	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๕	ห้องตรวจอายุรกรรม โชน B	๑๔	๑๒	-	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๖	ห้องตรวจอายุรกรรม โชน C	๘	๗	-	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๗	ห้องตรวจหู คอ จมูก	๙	-	๔	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๘	ห้องหัตถการอายุรกรรม(ห้องฉีดยาเดิม)	๓	-	๙	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๙	ห้องตรวจผิวหนัง	๒	-	๓	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๐	ห้องตรวจต่างประเทศ/ห้องตรวจGP	๔	๕	๑	ชั้น ๒ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๑	ห้องตรวจประกันสังคม	๒	๒	๑	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๒	ห้องตรวจเวชกรรมฟื้นฟู	๕	๘	๒	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๓	ห้องตรวจศัลยกรรม	๗	๕	๕	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๔	ห้องตรวจคลินิกศัลยกรรม	๙	๑๑	๑	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๕	ห้องตรวจจักษุ	๑๔	๓	๗	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๖	ห้องคลินิกมะเร็งศัลยกรรม	๑	๒	๑	ชั้น ๓ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๗	ห้องตรวจนรีเวชกรรม	๖	๑	๖	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๘	ห้องตรวจฝากครรภ์	๖	๑๒	๑	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๑๙	ห้องหัตถการนรีเวช	๑	๒	๒	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๐	ห้องตรวจกุมารเวชกรรม	๑๐	๑๐	-	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๑	ห้องตรวจคลินิกกุมารเวชกรรม	๑๘	๑๘	-	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๒	ห้องหัตถการกุมาร	๑	๑	๕	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๓	คลินิกพิเศษสูติ	๓	๒	๒	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๔	คลินิกมะเร็งนรีเวช	๔	๑	๓	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๕	คลินิกวัยรุ่น	๑	๒	-	ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๖	จิตเวช	๑๕	๓	-	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๗	อาชีพเวชกรรม	๖	๒	-	ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ
๒๘	แพทย์แผนไทยและทางเลือก	๔	-	๒๕	เตียงขนาด ๑๕ เตียง / เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง ๑.ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ ห้องตรวจ ๒ ห้องเตียงขนาด ๔ เตียง ๒. อาคารเวชกรรมสังคมเรือนไทย ห้องตรวจ ๒ ห้อง เตียงขนาด ๑๑ เตียง เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง
๒๘	รังสีวินิจฉัย	๑๕	-	-	อาคารรักษาพยาบาล ๖ ห้อง / อาคารเฉลิม พระเกียรติ ๓ ห้อง ชั้น ๑ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ ๖ ห้อง
๓๐	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	๕	๒๒	๑	ห้องตรวจ๓ ห้อง เตียงตรวจ ๖ เตียง หัตถการ ๑ / ห้องช่วยชีวิตฉุกเฉิน๑ห้อง ๖ เตียง / ห้องสังเกตอาการ ๑ ห้อง ๑๐ เตียง

ลำดับ	รายการ	จำนวน ห้อง ตรวจ	จำนวน เตียง ตรวจ	จำนวน เตียง หัตถการ	หมายเหตุ
					อาคารเฉลิมพระเกียรติ
๓๑	ห้องคลอด	๕	๒๒	๗	เตรียมคลอด ๑ห้อง ๓ เตียง / รอคคลอด ๑ ห้อง ๑๖ เตียง / ห้องคลอด ๒ ห้อง ๗ เตียง / ห้องคลอด ๑ ห้อง ๓ เตียง อาคารรักษาพยาบาล
๓๒	หน่วยให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก(Day care)	๑	-	๒๐	เตียง ๕ และโซฟานั่ง ๑๕ ตัว อาคาร ศูนย์มะเร็ง
๓๓	โรงพยาบาลหัวทะเล	๒	๒	-	
๓๔	ทันตกรรม	๔๓	๔๓ ห้อง	๔๓ ยู นิต	๑. ทันตกรรม ชั้น ๕ อาคารผู้ป่วยนอกและ อำนวยการ จำนวน ๒๗ ยูนิต/ ๒. ศูนย์ทันตกรรมชุมชน อาคารเรือนไทย จำนวน ๑๑ ยูนิต) ๓. โรงพยาบาลหัวทะเล จำนวน ๓ ยูนิต ๔.ผู้ป่วยใน อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น ๗ จำนวน ๑ ยูนิต
๒๘	แพทย์แผนไทยและทางเลือก	๔	-	๒๕	เตียงขนาด ๑๕ เตียง / เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง ๑.ชั้น ๔ อาคารผู้ป่วยนอกและอำนวยการ ห้องตรวจ ๒ ห้องเตียงขนาด ๔ เตียง ๒. อาคารเวชกรรมสังคมเรือนไทย ห้องตรวจ ๒ ห้อง เตียงขนาด ๑๑ เตียง เตียงฝังเข็ม ๑๐ เตียง

ที่มา : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล&กลุ่มงานคลินิก (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เรียบเรียง ธค.๖๔)

ห้องตรวจหน่วยตรวจพิเศษ

หน่วยตรวจพิเศษ	จำนวนห้อง/เตียง	รายละเอียด
๑. หน่วยตรวจพิเศษโรคหัวใจ		
๑.๑ งานตรวจ Non - invasive		
๑) ห้องตรวจ Echocardiogram (Echo)	๓ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุขกาโม ชั้น ๔
๒) ห้องตรวจ • Exercise Stress Test (EST)	๒ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุขกาโม ชั้น ๔
๓) ห้องตรวจ ECHO with EST	๒ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุขกาโม ชั้น ๔
๔) ห้องตรวจ EKG and HOLTEN	๑ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุขกาโม ชั้น ๔

หน่วยตรวจพิเศษ	จำนวนห้อง/เตียง	รายละเอียด
๑.๒ งานตรวจ Invasive		
๑) ห้องสวนหัวใจและหลอดเลือด	๔ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุชกาโม ชั้น ๒
๒) ห้องสังเกตอาการ	๕ ห้อง	อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ และ อาคารหลวงพ่อกัณหาสุชกาโม ชั้น ๒
๒. หน่วยตรวจพิเศษโรคไต		
๒.๑ งานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis)		
๑) เตียง Hemodialysis อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาคชั้น ๑	๓๙ เตียง	(รวม. ๑๔ เตียง /จ้างเหมาเอกชน ๒๓ เตียง) อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๑
๒) เตียง Hemodialysis ที่ RCU ชั้น ๒ อาคาร ๖๐ ปี	๒ เตียง	เปิดให้บริการที่หอผู้ป่วย RCU ชั้น ๒ อาคาร ๖๐ ปี อายุรกรรม
๓) เตียง portable hemodialysis	๖ เตียง	เปิดให้บริการทำ Hemodialysis ที่ เคลื่อนย้ายลำบากและผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต
๒.๒ งานการฟอกไตทางช่องท้องแบบถาวร (CAPD)	๕ เตียง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๑
๒.๓ งานทำหัตถการพิเศษทางไตอื่นๆ	๓ ห้อง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๑ แยกเป็น ส่วนของงาน Hemodialysis จำนวน ๑ ห้อง และงาน CAPD จำนวน ๒ ห้อง
๓. หน่วยตรวจพิเศษอายุรกรรม		
๓.๑ งานส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร		ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๑) เตียงส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Basic Endoscope)	๖ เตียง	ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๒) เตียงส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Advance Endoscope)	๒ เตียง	ศูนย์ส่องกล้องทางเดินอาหาร อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๓) เตียงส่องกล้องระบบทางเดินอาหาร (Advance Endoscope)	๑ เตียง	อาคารรักษาพยาบาล (Treatment)
๔) เตียงสังเกตอาการ	๒๐ เตียง	ศูนย์อุบัติเหตุฉุกเฉิน อาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๗
๓.๒ งานส่องกล้องระบบทางเดินหายใจ	๓ เตียง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๓
๓.๓ งานตรวจ Electroencephalogram (EEG)	๑ เตียง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๓
๓.๔ งานตรวจการนอนหลับและตรวจสมรรถภาพ ปอด	๓ เตียง	อาคารการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ชั้น ๓ / อาคารเฉลิมพระเกียรติ ชั้น ๗

ที่มา : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เรียบเรียง ม.ค.๖๕)

จำนวนและการใช้ ห้องผ่าตัด

ห้องผ่าตัด/ห้องตรวจพิเศษ/อาคาร	จำนวนห้อง	หน่วยงานที่ใช้
๑.ห้องผ่าตัดใหญ่	๔๑ ห้อง	
๑.๑ หน่วยผ่าตัดสูติ - นรีเวชกรรม อาคารรักษาพยาบาล (Treatment)	๔ ห้อง	สูติ - นรีเวชกรรม เปิดบริการผ่าตัด ๔ ห้อง
๑.๒ หน่วยผ่าตัดอาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น ๓	๖ ห้อง	ศัลยกรรมทั่วไป เปิดบริการผ่าตัด ๕ ห้อง
๑.๓ หน่วยผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดและทรวงอก อาคารเฉลิมพระเกียรติชั้น ๔	๔ ห้อง	หัวใจ/ หลอดเลือด/ ทรวงอก เปิดบริการผ่าตัด ๒ ห้อง
๑.๔ หน่วยผ่าตัดอาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๓ (อาคารสมเด็จพระเทพฯ)	๘ ห้อง	จักษุ ๒ ห้อง /สูติ-นรีเวชกรรม/สลายนิ่ว/ระบบทางเดิน ปัสสาวะ/ระบบประสาทและสมอง/ โสต ศอ นาสิก /Intervention เปิดบริการ ๘ ห้อง
๑.๕ หน่วยผ่าตัดอาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๔ (อาคารสมเด็จพระเทพฯ)	๘ ห้อง	ศัลยกรรมเด็ก/ศัลยกรรมตกแต่ง/ทันตกรรม/ศัลยกรรม หลอดเลือด๒ห้อง/ฉุกเฉิน ๒ห้อง เปิดบริการผ่าตัด ๗ ห้อง
๑.๖ หน่วยผ่าตัดอาคารสมเด็จพระเทพฯ ชั้น ๕ (อาคารสมเด็จพระเทพฯ)	๘ ห้อง	กระดูกและข้อ เปิดบริการผ่าตัด ๕ ห้อง
๒.หน่วยผ่าตัดเล็ก อาคารผู้ป่วยนอกและ อำนวยการ	๓ ห้อง	๓ ห้อง ๘ เตียง / เปิดบริการทุกสาขา

ที่มา : กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ เรียบเรียง ม.ค.๖๕)

หมายเหตุ - มีห้องผ่าตัด ๔๓ ห้อง เปิดบริการผ่าตัด ๓๘ ห้อง

๔. วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา

๑ การวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดนครราชสีมาตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดของพื้นที่เป็นอันดับที่ ๑ ของภาค ประกอบด้วย ๓๒ อำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้แบ่งการนิเทศเพื่อให้ครอบคลุมการดูแลเป็น ๕ โซน มีสสจ.โซนและคณะกรรมการโซนในการวางแผนพัฒนา นิเทศงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผล มีสถานบริการประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ๓ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๒๙ แห่ง โรงพยาบาลจิตเวชฯ ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓๔๘ แห่ง

๑.๑ สถานการณ์และแนวโน้มด้านสังคม

๑.๑.๑ ด้านประชากร ครอบครัวและชุมชน

ในจังหวัดนครราชสีมามีประชากรมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูล ณ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๕ มีประชากร ๒,๖๒๖,๘๗๐ คน สัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน วัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๑๙.๑๖ (ณ ๑ กค. ๖๕) ใกล้เคียงกับระดับประเทศ (ประเทศ ร้อยละ ๑๙.๑๖) พิระมิดประชากร เป็นฐานพีระมิดแคบ ตรงกลางพองออกและยอดค่อยๆ แคบเข้าคล้ายรูปดอกบัวตูม แสดงถึงรูปแบบของอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ต่ำ

สำหรับโครงสร้างและความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ขนาดของครอบครัวโดยเฉลี่ยลดลงอย่างต่อเนื่อง จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้าน ณ ปัจจุบันโดยเฉลี่ย ๓.๔ คน (รายงานการวิจัยสัมพันธ์ภาพในครอบครัว, สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน) ครอบครัวเริ่มมีขนาดเล็กลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียงพ่อแม่ลูก หรือผู้สูงอายุกับเด็กครอบครัวจะมีเพียงพ่อ แม่ ลูก หรือ ผู้สูงอายุกับเด็ก ทำให้ครอบครัวอ่อนแอลง คนในครอบครัวต้องออกมาหารายได้มากขึ้น เวลาที่ให้แก่นกันในครอบครัวรวมทั้งการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัวน้อยลง จึงมีแนวโน้มที่เด็กและผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งขาดความอบอุ่น และปัญหาซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการ จดทะเบียนหย่าร้างของจังหวัดนครราชสีมา (สถิติของกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย) พบว่า การหย่าร้างของครอบครัว มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี ๒๕๔๗ มีอัตราการหย่าร้างร้อยละ ๒๔ ในปี ๒๕๖๐ อัตราการหย่าร้างเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๑ เฉลี่ยหย่าวันละ ๓๓๓ คู่ จังหวัดนครราชสีมามีจำนวนหย่าร้างเป็นอันดับ ๓ รองจาก กรุงเทพมหานคร และชลบุรี ตามลำดับ จากข้อมูล โรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชชนินทร์ พบว่าสาเหตุของการหย่าร้างมาจาก ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้มีความเปราะบาง และจากแรงกดดันภายนอก สามีภรรยาส่วนใหญ่กับการทำงานนอกบ้าน อาจเกิดความเครียดทั้งจากหน้าที่การงาน สภาวะสังคมและเศรษฐกิจเช่นภาระหนี้สินต่างๆ ทำให้ต้องทำงานหนักมากขึ้น ขณะเดียวกันความอดทนต่อปัญหาในครอบครัวอาจน้อยลงเปลี่ยนไปมีผลทำให้ปัญหาสุขภาพจิต

๑.๒ สถานะสุขภาพและปัญหาสุขภาพคนไทย

๑.๒.๑ สุขภาพทางกาย

อายุคาดเฉลี่ย (LE) เพศชาย ๗๑.๘๗ ปี เพศหญิง ๗๙.๘๖ ปี ซึ่งต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประเทศ ไทย (เพศชาย ๗๓.๖ ปี เพศหญิง ๘๐.๗ ปี)

อัตราเกิด อัตราตายจังหวัดนครราชสีมา พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มอัตราเกิดลดลง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ (ปี ๒๕๖๕ อัตราเกิด ๖.๓๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี ๒๕๕๕ (ปี ๒๕๖๕ อัตราตาย ๙.๓๒ ต่อพันประชากร) ส่งผลให้อัตราเพิ่มติดลบ จะเห็นว่าอัตราเพิ่มมีติดลบมา ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ ส่งผลให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี ๒๕๕๔

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ พบว่าอัตราเกิดของประเทศสูงกว่าของจังหวัดนครราชสีมา (ประเทศ ๘.๒ จังหวัดนครราชสีมา ๖.๓๕ ต่อพันประชากร) อัตราตายของประเทศต่ำกว่าจังหวัด นครราชสีมา (ประเทศ ๗.๙ จังหวัดนครราชสีมา ๙.๓๒ ต่อพันประชากร) และอัตราเพิ่มประเทศเท่ากับ - ๐.๓๐ ต่อพันประชากร ในขณะที่จังหวัดนครราชสีมาอัตราเพิ่ม -๒.๙๗

อัตราการตายจังหวัดนครราชสีมา จากข้อมูลสำนักนโยบาย และพัฒนายุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข พบว่า อัตราการตายเท่ากับ ๔.๓๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ ลดลงจากปี ๒๕๖๔ (๗.๒๒ ต่อพัน การเกิดมีชีพ) อัตราการตายขึ้นลงไม่คงที่ พบว่าปี ๒๕๖๕ อัตราการตาย ๖ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ (๓.๗๔ ต่อพันการเกิดมีชีพ) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ อัตราการตาย ๑๓.๔๓ ๔.๙๐ ๑๐.๑๑ ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ตามลำดับ)

๒. โรคที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

๒.๑ สาเหตุการป่วย

๒.๑.๑ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยนอก

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ๕ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๖ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖) พบว่า อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๖๖๒๗ ต่อแสนจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เบาหวาน การติดเชื้อของทางเดินหายใจ ส่วนบนแบบเฉียบพลัน ความผิดปกติอื่นของฟันและโครงสร้างฟัน และโรคหลอดเลือด ภาวะแพ้และดูโอ เคนัม ๖,๖๒๗ , ๕,๐๔๐ ๔,๑๑๙ และ ๒,๙๕๖ ต่อแสนจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ตามลำดับ

๒.๑.๒ สาเหตุการป่วยผู้ป่วยใน

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน ๑๐ อันดับของจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๖ (ข้อมูล ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕- ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๖) พบว่า ปอดบวม เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่ง ๘,๐๑๘ ต่อแสน ประชากรผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมาได้แก่ เนื้อสมองตาย,หัวใจล้มเหลว ฤกษ์ลมโป่งพองและปอดอุดกั้น เรื้อรัง และต่อกระจกและความผิดปกติของเลนส์ ๒,๖๓๓, ๒,๕๒๙, ๒,๕๑๗ และ ๒,๒๙๔ ต่อแสนของ จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ตามลำดับ

๒.๒ สาเหตุการตาย

ข้อมูลสำนักรายงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๕ พบว่า อันดับหนึ่งได้แก่ โรคปอดบวม ๗๖.๒๐ ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โควิด๑๙ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุขนส่ง ๕๖.๗๔ ๔๓.๒๖ ๒๗.๓๐ และ ๒๑.๒๑ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

๓. โรคที่เป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ปี ๒๕๖๕ จังหวัดนครราชสีมา

ข้อมูลวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖

สถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา นับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ โรคที่มีอัตราป่วยสูงสุดจาก ๕ อันดับโรค สูงสุดได้แก่ โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วย ๔๘๓.๐๕ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคปอดบวม โรคไข้ไม่ทราบสาเหตุ โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคอาหารเป็นพิษ ๑๔๓.๐๙ , ๖๔.๓๒ ๕๘.๓๖ และ ๕๖.๑๖ ต่อแสนประชากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงมีการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยามีดังนี้

๑. สรุปรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ในช่วง ๑ ม.ค. ๖๖ – ๑๕ พ.ค. ๖๖ พบอัตราป่วย ๗๔.๗๙ ต่อแสนประชากร (๑,๙๗๑ราย) อัตราตาย ๐.๐๔ ต่อแสนประชากร (๑ ราย) อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๐๕ พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ๑,๒๖๑ ราย เพศชาย ๗๑๐ ราย อัตราส่วนเพศหญิง ต่อ เพศชาย เท่ากับ ๑.๗๘ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอสีดา อัตราป่วยเท่ากับ ๒๘๓.๘๕ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอจักราช อำเภอด่านขุนทด อำเภอเมืองยาง และอำเภอปักธงชัย อัตราป่วยเท่ากับ ๒๔๑.๙๗ , ๒๔๐.๘๕ , ๒๑๓.๓๔ และ ๑๖๖.๑๓ ต่อแสนประชากรตามลำดับ เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ปรับสถานะจากโรคติดต่ออันตรายมาเป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังทำให้ผู้ป่วยที่ถูกค้นพบหรือมีอาการรุนแรงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการรักษามีจำนวนลดลง อีกทั้งในจังหวัดนครราชสีมา ยังมีการดำเนินการฉีดวัคซีนป้องกันโรค COVID-๑๙ อย่างเข้มข้น ทำให้มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตลดลง

๒. สรุปรายงานสถานการณ์โรคหัด พบผู้ป่วยโรคหัด จำนวน ๓๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑.๑๔ ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต ๑ ราย อัตราตาย ๐.๐๔ ต่อแสนประชากร (๑ ราย) อัตราป่วยตายร้อยละ ๓.๓๓ พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๑๙ ราย เพศหญิง ๑๑ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ ๑.๗๓ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๔.๘๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอด่านขุนทด อำเภอปักธงชัย อำเภอเฉลิมพระเกียรติ และอำเภอชุมพวง อัตราป่วยเท่ากับ ๓.๘๘ , ๓.๔๑ , ๒.๗๙ และ ๒.๔ ต่อแสนประชากรตามลำดับ

๓. สรุปรายงานสถานการณ์ไข้หวัดใหญ่ พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวน ๑,๕๓๘ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๘.๓๖ ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง ๘๒๕ ราย เพศชาย ๗๑๓ ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ ๑.๑๖ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๑๙๓.๖๗ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอชุมพวง อำเภอสีดา

อำเภอโชคชัย และอำเภอเมือง อัตราป่วยเท่ากับ ๑๖๔.๔ ๑๑๙.๓ ๙๘.๔๗ และ ๗๙.๕๓ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ

๔. สรุปรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออก พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ๑๕๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕.๘๘ ต่อแสนประชากร มีรายงานผู้เสียชีวิต ๑ ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๐.๐๔ อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ ๐.๖๕ พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๗๘ ราย เพศหญิง ๗๗ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ ๑.๐๑ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อำเภอบัวใหญ่ อัตราป่วยเท่ากับ ๓๑.๒๘ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอบัวลาย อำเภอสีดา อำเภอชุมพวง และอำเภอโนนไทย อัตราป่วยเท่ากับ ๒๐.๓๒ , ๑๖.๔๕ , ๑๕.๖ และ ๑๓.๙๑ รายต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

๕. สรุปรายงานสถานการณ์โรคเมลิออยด์ พบผู้ป่วยโรคเมลิออยด์ ๔๐ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑.๕๒ ต่อแสนประชากร รายงานผู้เสียชีวิต ๑ ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ ๐.๐๔ อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ ๒.๕๐ พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย ๓๑ ราย เพศหญิง ๙ ราย อัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ ๓.๔๔ : ๑ อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด ได้แก่ อำเภอห้วยแถลง อัตราป่วยเท่ากับ ๙.๒๑ ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ อำเภอบัวลาย อำเภอโนนไทย อำเภอชุมพวง และอำเภอขามสะแกแสง อัตราป่วยเท่ากับ ๘.๑๓ , ๕.๕๗ , ๔.๘ และ ๔.๖๒ รายต่อประชากรแสนคนตามลำดับ

๕. นโยบายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขมีภารกิจดูแลสุขภาพคนไทยทั้งประเทศให้แข็งแรง โดยการขับเคลื่อนด้านการบริการทางการแพทย์ให้ครอบคลุม พร้อมส่งเสริมงานสุขภาพจิตเพื่อลดช่องว่างการเข้าถึงบริการจิตเวชและยาเสพติดเชื่อมโยงการทำงานทุกภาคส่วน เป็นพื้นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและประเทศ ด้วยการยกระดับ ๓๐ บาทพลัส ให้พัฒนาอย่างก้าวกระโดด ต้องพร้อมรับมือความท้าทายจากสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง เช่น สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ อัตราการเกิดที่ลดลง ขาดแคลนแรงงานในอนาคต ภาวะโลกร้อนสู่อุณหภูมิเดือด ฝุ่น PM ๒.๕ ภัยคุกคามทางไซเบอร์ เป็นอาทิ ด้วยการรวมพลังเพื่อฟื้นฟู เปลี่ยนวิกฤตไปสู่อโอกาส “Quick Win ๑๐๐ วัน” โดยกำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๗ ดังนี้

๑. โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติฝัที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ประกอบด้วยรพ.ราชทัณฑ์ปันสุขดำเนินการคัดกรองมะเร็งในผู้ต้องขังทุกคน พัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช และโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ และสุศาลาพระราชทานผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง รวมทั้งขับเคลื่อนโครงการเฉลิมพระเกียรติ ๗๒ พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ไตรมาส ๒ ทั้งแวนตาผู้สูงอายุ ๗๒,๐๐๐ อัน ผ่าตัดต่อกระจก ๗,๒๐๐ ดวง ฟันเทียม ๗๒,๐๐๐ คน ออกหน่วยพื้นที่ห่างไกล ๗๒๐ อำเภอ ดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ ๗๒,๐๐๐ รูป และอาคารผู้ป่วยนอกเขตเมืองเฉลิมพระเกียรติ ๗๒ พรรษา ๗๒ แห่ง

นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

ยกระดับ 30 บาท พลัส Quick Win 100 วัน

- โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์**
 - โครงการราชทัณฑ์ปันสุข
 - โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ (รพ.ร/รพ.ร.)
 - สุศาลาพระราชทาน ผ่านการรับรองคุณภาพทุกแห่ง
 - โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ 72 พรรษา (ไตรมาส 2)
 - 1) ส่งยาอายุยืนยาว 72,000 อัน
 - 2) นำยาตัดต่อกระจก 7,200 ดวง
 - 3) จัดฟันแบบ 72,000 คน
 - 4) ออกหน่วยพื้นที่ห่างไกล 720 อำเภอ
 - 5) ดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ 72,000 รูป (พระ)
 - 6) อาคารผู้ป่วยนอกเขตเมืองเฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา 72 แห่ง
- sw. กทม. 50 เตียง 50 sw. และปรับมทล**
 - จัดตั้ง sw. 120 เตียง
 - ในเขตคลองเตย
- สุขภาพจิต/ยาเสพติด**
 - จัดตั้งศูนย์บริการปฐมภูมิ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
 - ยาเสพติด กทม.จังหวัด
 - มีคลินิกจิตเวช กทม.จังหวัด
 - มีคลินิกจิตเวช ทุกอำเภอ
- มะเร็งครบวงจร**
 - ใช้วิธีใหม่ HPV ในกลุ่มอายุ 11-20 ปี 1 ล้านคน
 - คัดกรองมะเร็งเต้านมได้เพิ่ม 100,000 คน
 - มี Cancer Warrior ทั่วภาค
- สร้างขวัญและกำลังใจบุคลากร**
 - มี Care Team D+ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
 - บรรจุพยาบาล 3,000 ตำแหน่ง
 - กำหนดอัตราตำแหน่งบุคลากร
 - สนับสนุนการวิจัย
 - พัฒนาระบบประเมินการดำเนินงาน
 - ทำให้ได้รับเงินเดือนราชการทันเวลา
- การแพทย์ปฐมภูมิ**
 - ตรวจโรค รับฝาก Telemedicine
 - ใกล้บ้าน 1 จังหวัด 1 sw.
 - อนามัยปฐมภูมิ (รุก กว. พนม)
 - 1 อำเภอ 1 โรงเรียน
- สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ**
 - เพิ่มเป็นบริการ Real Time
 - บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพและสิทธิ
 - สนับสนุน พัฒนาการบริการ
 - ในจุดยุทธศาสตร์
- สถานชีวาภิบาล**
 - จัดตั้งสถานชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง
 - จัดตั้ง Hospital at Home จังหวัดละ 1 แห่ง
 - จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ทุก sw.
- พัฒนา sw. แม่ข่าย**
 - กำหนดเป้าหมาย sw. แม่ข่าย
 - จัดทำแผนพัฒนา sw. แม่ข่าย
 - เพิ่มการศึกษาดูงาน sw. แม่ข่าย
 - ด้วย CT/MRI (18/26)
- ดิจิทัลสุขภาพ**
 - เปิดระบบออนไลน์ สืบค้นได้ทันที
 - 4 ฤดูกาล
 - 200 sw. อัจฉริยะ: ก่อปรสิท
 - Virtual Hospital 1 แห่ง
- ส่งเสริมการมีบุตร**
 - บรรจุเป็นมาตรฐานการดูแลสุขภาพ
 - การดูแลเด็กก่อน
 - มีคลินิกส่งเสริมบุตร 1 จังหวัด 1 แห่ง
 - คัดกรองโรคทางพันธุกรรมทุกเขต 24 ชม
- เศรษฐกิจสุขภาพ**
 - Blue Zone เขตสุขภาพ: 1 แห่ง
 - มีศูนย์ Wellness Center 500 แห่ง
 - กระตุ้นภาคเอกชนจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน 100 แห่ง/อำเภอ
 - สร้างงานสร้างอาชีพ (ดูแลทีม 5,000 คน/ Caregiver 5,000 คน/ Care Assistant 1,000 คน)
- นักท่องเที่ยวปลอดภัย**
 - Safety Tourist
 - สุขภาพพลานามัย: 1 พื้นที่
 - One Region One Sky Doctor

แท็กปัญหา วางรากฐาน สร้างเศรษฐกิจ

V.9 20/09/2566

และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขอีก ๑๒ เรื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อลดช่องว่างบริการสาธารณสุข ๓ ประการ

การแก้ปัญหา

๒. เพิ่มการเข้าถึงบริการในเขตเมือง โรงพยาบาล กทม. ๕๐ เขต ๕๐ โรงพยาบาล และปริมณฑล ทั้งการบริหารเตียง ใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกภาคส่วน ใช้รูปแบบรัฐร่วมเอกชน จัดตั้งโรงพยาบาลแห่งใหม่เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการในเขตเมือง

๓. สุขภาพจิต/ยาเสพติด มีแผนกจิตเวช มีหอผู้ป่วยจิตเวชที่พร้อมให้บริการ มีศูนย์ธัญญารักษ์ทุกจังหวัด ให้บริการปรึกษาจิตแพทย์และนักจิตวิทยาผ่านทางระบบ Telemedicine

๔. มะเร็งครบวงจร คัดกรองรักษาอย่างรวดเร็ว ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในเพศหญิง และมะเร็งท่อน้ำดี ตับ ปอดในเพศชาย ลดภาระค่าใช้จ่ายด้วยการจัดตั้งกองทุนมะเร็ง และจัดตั้งทีมเชิงรุก CA Warrior เพื่อลดป่วยลดตาย สร้างคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. สร้างขวัญกำลังใจบุคลากร อันถือเป็นภารกิจสำคัญต่อการสร้างความมั่นคงของระบบสุขภาพ โดยสนับสนุนบุคลากรทุกคนทุกระดับ ให้มีความก้าวหน้า มั่นคง อยู่ในสังคมอย่างมีเกียรติมีศักดิ์ศรี

การวางรากฐาน

๖. การแพทย์ปฐมภูมิ เพิ่มความครอบคลุมการดูแลที่บ้านและชุมชน พัฒนาระบบนัดหมายพบแพทย์ ตรวจเลือด ปรึกษาในหน่วยบริการใกล้บ้าน เสริมสร้างอนามัยโรงเรียนให้เข้มแข็ง และพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล

๗. สาธารณสุขชายแดนและพื้นที่เฉพาะ และกลุ่มเปราะบาง จะเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ทั้ง ๓ จังหวัดชายแดนใต้ พื้นที่ชายแดนชายขอบ พื้นที่เฉพาะ รวมถึงกลุ่มชาติพันธุ์ มอญกะเหรี่ยง ไร้รัฐ และกลุ่มเปราะบาง ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง เพราะเป็นคนไทยเหมือนกัน

๘. สถานชิวาภิบาล พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward) จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต รองรับสังคมผู้สูงอายุและลดภาระบุตรหลาน

๙. พัฒนารักษาพยาบาลชุมชนแม่ข่าย มีระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ เพิ่มศักยภาพการตรวจวินิจฉัยและรักษาทั้ง CT Scan/ICU จัดให้มี Mobile Stroke Unit เพื่อลดการส่งต่อ

การสร้างเศรษฐกิจ

๑๐. ดิจิทัลสุขภาพ ใช้บัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ และพัฒนาเป็น รพ.อัจฉริยะ One ID Card Smart Hospital ให้บริการสุขภาพยุคใหม่ ตรงความต้องการของประชาชน เข้าถึงได้ง่าย

๑๑. ส่งเสริมการมีบุตร โดยผลักดันเป็นวาระแห่งชาติ เพิ่มอัตราการเกิดของเด็กที่มีคุณภาพ สร้างความเข้าใจการมีบุตรเมื่อพร้อม สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม “มีลูก มีแต่ได้”

๑๒. เศรษฐกิจสุขภาพ สร้างต้นแบบพื้นที่อายุยืน (Blue Zone) “หนึ่งเขตสุขภาพ หนึ่งพื้นที่อายุยืน” ในทุกจังหวัด พัฒนาสู่ศูนย์กลางการแพทย์มูลค่าสูง ดูแลสุขภาพครบวงจร รวมถึงต่อยอดพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

๑๓. นักท่องเที่ยวปลอดภัย ยกระดับความปลอดภัยด้านอาหาร สถานที่ ผู้ให้บริการ ระบบเฝ้าระวัง และควบคุมโรคให้ทันสมัย ทันเวลา และง่ายต่อการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีเกิดโรคระบาด เพิ่มบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยวิกฤตอย่างครอบคลุม เป็นหลักประกันความปลอดภัย ให้ประชาชนคนไทยและนักท่องเที่ยว

นโยบายสำคัญสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

นายแพทย์สุผล ตติยันทพร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
Nakhon Ratchasima Public Health Provincial Office

นโยบายสำคัญ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี 2567

ตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิต แบบบูรณาการ 4+1+1

1. มหัตถรย์ 1,000 วันแรก แห่งชีวิต
2. ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา
4. ดูแลผู้สูงอายุครบวงจร
5. ดูแลสุขภาพพระสงฆ์
6. การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

ปรับโฉม โรงพยาบาล เป็น โรงพยาบาลประชาชน

1. มีระบบดิจิทัลสุขภาพ : คิวออนไลน์ คลังข้อมูลสุขภาพ และ บริการ e-Service
2. ลดแออัด ลดรอคอย
3. พัฒนาศักยภาพการตรวจวินิจฉัย, การรักษา, ระบบ Fast track
4. พัฒนาระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
5. พัฒนาระบบ Telemedicine

การถ่ายโอน รพ.สต.

1. การจัดบริการ ที่มีคุณภาพ
2. ประชาชนรับบริการ ณ รพ.แม่ข่าย/รพ.ที่รับส่งต่อ ได้ตามสิทธิ
3. มีระบบข้อมูล การรับข้อมูล และ ส่งต่อข้อมูล เป็นระบบเดียวกัน
4. มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม
5. การสนับสนุน การประกอบวิชาชีพ ทางเวชกรรมสำหรับ รพ.สต.ถ่ายโอน

พัฒนาการบริการปฐมภูมิ

1. พัฒนาหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ
2. ดูแลผู้ป่วยติดเตียง ระบุ: สุภาพ และ ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)
3. Smart อสม.

สร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

1. ปรับค่าตอบแทนที่เหมาะสม
2. ปรับภาระ-งาน และกระจายบุคลากร
3. สนับสนุนความก้าวหน้า
4. จัดสวัสดิการ ที่พ่วงอาศัย
5. ปรับความสมดุลการใช้ชีวิต

การบริหารงาน แบบธรรมาภิบาล

1. จัดวางระบบควบคุมภายใน และภาวะระหัดความเสียง
2. เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการต่อต้านการทุจริต
3. กำกับดูแล ใ้การใช้จ่ายงบประมาณ เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบที่เกี่ยวข้อง
4. การสร้างวัฒนธรรม คุณธรรม และ จริยธรรมในองค์กร



นายแพทย์สุผล ตติยันทพร
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๑. ตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ ๔ + ๑ + ๑

- ๑.๑ มหัตถรย์พันธุวันแรกแห่งชีวิต
- ๑.๒ ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน
- ๑.๓ โรงเรียนเบาหวานวิทยา
- ๑.๔ ดูแลผู้สูงอายุครบวงจร
- ๑.๕ ดูแลสุขภาพพระสงฆ์
- ๑.๖ การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

๒. ปรับโฉมโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาลประชาชน

- ๒.๑ มีระบบดิจิทัลสุขภาพคิวออนไลน์คลังข้อมูลสุขภาพและบริการ e-service
- ๒.๒ ลดแออัดลดรอคอย
- ๒.๓ พัฒนาศักยภาพการตรวจวินิจฉัยการรักษาระบบ fast track
- ๒.๔ พัฒนาระบบส่งต่อแบบไร้รอยต่อ
- ๒.๕ พัฒนาระบบ telemedicine

๓. การถ่ายโอน รพ.สต.

- ๓.๑ การจัดบริการที่มีคุณภาพ
- ๓.๒ ประชาชนรับบริการณโรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลที่รับส่งต่อได้ตามสิทธิ
- ๓.๓ มีระบบข้อมูลการใช้ข้อมูลและส่งต่อข้อมูลเป็นระบบเดียวกัน
- ๓.๔ มีการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม
- ๓.๕ การสนับสนุนการประกอบวิชาชีพทางเวชกรรมสำหรับรพสตถ่ายโอน

๔. พัฒนาการบริการปฐมภูมิ

- ๔.๑ พัฒนาหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ
- ๔.๒ ดูแลผู้ป่วยติดเตียงระยะสุดท้ายและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Home ward
- ๔.๓ Smart อสม

๕. สร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

- ๕.๑ ปรับค่าตอบแทนให้หมดสง
- ๕.๒ ปรับภาระงานและกระจายบุคลากร
- ๕.๓ สนับสนุนความก้าวหน้า
- ๕.๔ จัดสรรสวัสดิการที่พั้อาศัย
- ๕.๕ ปรับความสมดุลการใช้ชีวิต

๖. การบริหารงานแบบธรรมาภิบาล

- ๖.๑ จัดวางระบบควบคุมภายในและการวิเคราะห์ความเสี่ยง
- ๖.๒ เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจในการต่อต้านการทุจริต
- ๖.๓ กำกับดูแลให้การใช้จ่ายงบประมาณเป็นไปตามกฎหมายระเบียบที่เกี่ยวข้อง
- ๖.๔ การสร้างวัฒนธรรมคุณธรรมและจริยธรรมในองค์กร

บทที่ ๒

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาซึ่งเป็นองค์กรหลักในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในส่วนภูมิภาค ได้ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดนครราชสีมา ในทิศทางที่สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล นโยบายกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจนปัญหาของพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงานด้านสุขภาพ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้กำหนดกรอบในการบริหารแผนยุทธศาสตร์จังหวัดนครราชสีมา และกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้หน่วยงานในสังกัด ได้นำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรมชัดเจนครบถ้วน ส่งผลถึงการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนและเป็นประโยชน์ทั้งหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการประสานการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนจังหวัดนครราชสีมา



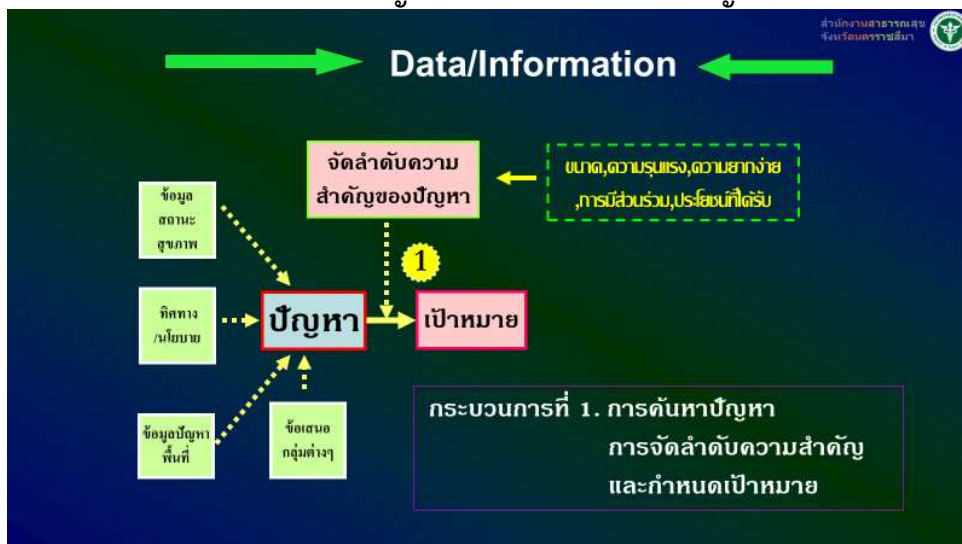
๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ และแผนปฏิบัติการสาธารณสุขของจังหวัด นครราชสีมาประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗



การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

จังหวัดนครราชสีมา มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๗ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับ CUP ทั้งในและนอกสังกัด ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล โดยมีขั้นตอนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดังนี้

กระบวนการที่ ๑ การค้นหาปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมาย



๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดทำคำสั่งจังหวัดนครราชสีมาที่ ๘๘๓๘/๒๕๖๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๒) ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๑๐-๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมหลวงพ่อกุณ ปริสุทโธ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๓) ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำมาตรการแผนบูรณาการประจำปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม ศอน. ชั้น ๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

๔) ประชุมเชิงปฏิบัติการผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อรับรองแผนยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมาประจำปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๑๔-๑๖ กันยายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุมโรงแรมรอยัลนาคารา จังหวัดหนองคาย

๕) ประชุมชี้แจงแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗ และการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับ CUP หัวหน้างานแผน โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา ในวันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๗

๖) ประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๒๕-๒๖ กันยายน ๒๕๖๖ ณ ห้องประชุม สดถ.ย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

กระบวนการที่ ๒ การจัดทำยุทธศาสตร์หรือกลยุทธ์ด้านสุขภาพ

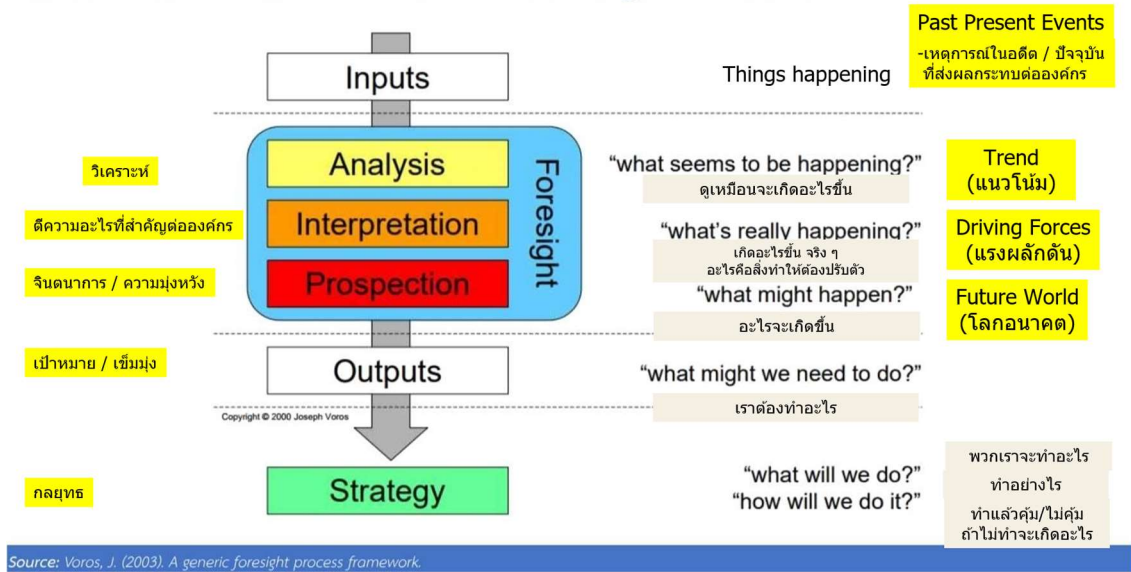
๒.๑ การมองอนาคต (Foresight)

การมองอนาคต (Foresight)

การมองอนาคต (Foresight) คือ การวิเคราะห์ คาดการณ์ และอธิบายการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต หรือ เพื่อออกแบบอนาคตที่พึงประสงค์

การมองอนาคต (Foresight) เป็นเครื่องมือที่ช่วยป้อนข้อมูลสำคัญให้แก่กระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์และกำหนดกลยุทธ์ให้มีความละเอียดรอบคอบมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดในการคาดการณ์อนาคต (Foresight Framework)



การจัดทำยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา คณะกรรมการจัดทำร่างแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ ได้ใช้กระบวนการ “การมองอนาคต (Foresight)” คือ การวิเคราะห์ คาดการณ์ และอธิบายการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับรองการเปลี่ยนแปลงในอนาคต หรือ เพื่อออกแบบอนาคตที่พึงประสงค์ โดยร่วมกันวิเคราะห์สภาพแวดล้อม และสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้ในอนาคต จากของการดำเนินงานปี ๒๕๖๗ เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ดังนี้

๑. การมองอนาคต (Foresight) เป็นศาสตร์ที่ต้องใช้ความคิดเชิงวิพากษ์ ความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ
๒. เครื่องมือการมองอนาคต เป็นกระบวนการตัดสินใจร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกองค์กร
๓. เครื่องมือการมองอนาคตเน้น การสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน
๔. การมองอนาคตเป็นทั้งการวิเคราะห์ การคาดการณ์ และการออกแบบอนาคต
๕. กระบวนการมองอนาคตมีหลายขั้นตอน และเป็นกระบวนการที่มีการทวนซ้ำข้อมูล (บางครั้งอาจใช้เวลา ๑-๒ ปี)

๒.๒ การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Management)



เป็นกระบวนการในการบริหารเพื่อให้บรรลุภารกิจขององค์กร อยู่บนแนวคิดที่ว่า องค์กรของเราไม่ได้ได้อยู่เป็นเอกเทศโดยตัวของเราเอง แต่อยู่ภายใต้บริบทของสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสภาพแวดล้อมที่มากกระทบกับองค์กรนั้น บางครั้งก็เป็นโอกาส บางครั้งก็เป็นภัยคุกคาม นอกจากนี้ องค์กรเองก็ต้องกำหนดจุดยืนขององค์กรด้วย เพื่อวางยุทธศาสตร์ให้ชัดเจนมากขึ้น ประกอบด้วย (๑) การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ (Strategy Formulation), (๒) การแปลงยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ และ (๓) การติดตามแผนยุทธศาสตร์

๒.๓ การวิเคราะห์แนวโน้ม (Trend and Megatrend Analysis)

แนวโน้ม (Trend) หมายถึง ทิศทางการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ในอนาคตซึ่งอาจจะเปลี่ยนแปลงภายในระยะสั้น จากปัจจุบัน (๓-๕ ปี) หรือ ระยะปานกลาง (๖-๑๐ ปี)

แนวโน้มระดับโลก (Mega Trend) หมายถึง ทิศทางการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างครอบคลุมหลายประเทศ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้มักครอบคลุมหลากหลายมิติและมีหลายระดับ ตั้งแต่การดำเนินชีวิตของประชากรไปจนถึงผลรวมในระดับประเทศ แนวโน้มเหล่านี้มักไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นแค่ชั่วคราวแล้วเลือนหายไป แต่เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานหลายปี เป็นระยะเวลายาวนานมากกว่า ๒๐ ปี จึงเป็นวิธีการที่เหมาะสมต่อเป้าหมายในการคาดการณ์ระยะยาว และพิจารณาสภาพแวดล้อมเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่มีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในการออกแบบยุทธศาสตร์และกลยุทธ์

๒.๔ ผลการวิเคราะห์และลำดับความสำคัญของปัญหา

ยุทธ์	ปัญหา / นโยบาย	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่าย	การมีส่วนร่วม	คะแนนรวม	ลำดับ
๑.๑	เด็กวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตาย	๕(๒๐)	๔(๑๒)	๓(๑๕)	๕(๒๕)	๗๒	๑
๑.๒	๒ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความครอบคลุมวัคซีนทุกชนิด	๕(๒๐)	๕(๑๕)	๓(๑๕)	๔(๒๐)	๗๐	๒
๑.๒	๓. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอ	๕(๒๐)	๓(๙)	๓(๑๕)	๔(๒๐)	๗๐	๓
๑.๑	ลดเสียง ลดป่วย ลดตายจากโรค NCDs	๕(๒๐)	๕(๑๕)	๑(๕)	๕(๒๕)	๖๕	๔
๑.๑	พัฒนาการเด็กล่าช้า	๕(๒๐)	๔(๑๒)	๒(๑๐)	๔(๒๐)	๖๒	๕
๒	๗. มารดาเสียชีวิต	๓(๑๒)	๕(๑๕)	๓(๑๕)	๔(๒๐)	๖๒	๖
๑.๑	อัตราตายมารดาสูง	๕(๒๐)	๕(๑๕)	๑(๕)	๔(๒๐)	๖๐	๗
๑.๒	๑. ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Management)	๑(๔)	๒(๖)	๕(๒๕)	๕(๒๕)	๖๐	๘
๑.๒	๔. มีการดำเนินงานตาม พรบควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	๔(๑๖)	๓(๙)	๔(๒๐)	๓(๑๕)	๖๐	๙
๑.๑	เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	๕(๒๐)	๓(๙)	๒(๑๐)	๔(๒๐)	๕๙	๑๐
๓	๓. การเพิ่มความสุขให้บุคลากร	๔(๑๖)	๔(๑๒)	๓(๑๕)	๓(๑๕)	๕๘	๑๑
๔	๓. การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ - การเบิกเงินจาก สปสช. จำนวนครั้ง ของ การให้บริการยังน้อย แพทย์ไม่เพียงพอ (Tele med) - อุปกรณ์ราคาสูง บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดองค์ความรู้ - ความปลอดภัย	๔ (๑๖)	๔ (๑๒)	๒ (๑๐)	๔ (๒๐)	๕๘	๑๒
๒	๔. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๓(๑๒)	๒(๖)	๔(๒๐)	๔(๒๐)	๕๘	๑๓
๒	๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๓(๑๒)	๕(๑๕)	๒(๑๐)	๔(๒๐)	๕๗	๑๔
๑.๑	การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยจากสถานที่จำหน่ายที่ไม่ได้มาตรฐาน	๔(๑๖)	๓(๙)	๒(๑๐)	๔(๒๐)	๕๕	๑๕
๒	๙. ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน (เครื่องฉายภาพจอประสาทตา AI อย่างน้อยชิ้นละ ๑ เครื่อง) (ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)	๒(๘)	๔(๑๒)	๔(๒๐)	๓(๑๕)	๕๕	๑๖

ยุทธ์	ปัญหา / นโยบาย	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่าย	การมีส่วนร่วม	คะแนนรวม	ลำดับ
๑.๑	การเข้าถึงสุขภาพช่องปากและกลุ่มวัย	๕(๒๐)	๓(๙)	๒(๑๐)	๓(๑๕)	๕๔	๑๗
๒	๖. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๒(๘)	๕(๑๕)	๓(๑๕)	๓(๑๕)	๕๓	๑๙
๒	๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :1๖๐-1๖๙)	๒(๘)	๕(๑๕)	๒(๑๐)	๔(๒๐)	๕๓	๒๐
๒	๓. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัยโรคปอดรายใหม่	๓(๑๒)	๒(๖)	๓(๑๕)	๔(๒๐)	๕๓	๒๑
๒	๕. ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (AMR) ใน รพ.ระดับ A,S,M๑ (ลดลงจากปี ๒๕๖๔)	๓(๑๒)	๕(๑๕)	๒(๑๐)	๓(๑๕)	๕๒	๒๒
๓	๕. พัฒนาการให้มีสมรรถนะสูง	๓(๑๒)	๓(๙)	๒(๑๐)	๔(๒๐)	๕๑	๒๓
๓	๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน	๔(๑๖)	๕(๑๕)	๒(๑๐)	๒(๑๐)	๕๑	๒๔
๔	๒. การพัฒนาองค์กรคุณภาพ - HAหน่วยบริการยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ (ยังไม่ผ่าน ๑ แห่ง) - PMQA / มาตรฐานบริการปฐมภูมิ / EMS	๓ (๑๒)	๔ (๑๒)	๒ (๑๐)	๓ (๑๕)	๔๙	๒๕
๔	๘. ร้อยละของประชาชนที่มีารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (นวด อบ ประคบ ทับ หม้อเกลือ สังกายสมุนไพรรักษาทางการแพทย์)	๒(๘)	๒(๖)	๔(๒๐)	๓(๑๕)	๔๙	๒๖
๒	๑๓. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๓(๑๒)	๕(๑๕)	๒(๑๐)	๒(๑๐)	๔๗	๒๗
๒	๑๒. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	๔(๑๖)	๕(๑๕)	๑(๕)	๒(๑๐)	๔๖	๒๘
๓	๒. ขาดความก้าวหน้าในสายวิชาชีพ	๓(๑๒)	๔(๑๒)	๑(๕)	๓(๑๕)	๔๔	๒๙
๔	๑. การประเมินคุณธรรมความโปร่งใส (ITA) (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๒) - หน่วยงานยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ๒๕ แห่ง	๒ (๘)	๒ (๖)	๔ (๒๐)	๒ (๑๐)	๔๔	๓๐
๔	๑๔. Telemedicine และ Telehealth	๒(๘)	๒(๖)	๔(๒๐)	๒(๑๐)	๔๔	๓๑
๒	๑๕. คลินิกผู้สูงอายุ	๒(๘)	๒(๖)	๓(๑๕)	๓(๑๕)	๔๔	๓๒
๒	๑๖. การพัฒนา PCC และ NPCU	๒(๘)	๒(๖)	๓(๑๕)	๓(๑๕)	๔๔	๓๓
๓	๑. อัตรากำลังไม่เป็นที่ไปตามกรอบโครงสร้าง	๔(๑๖)	๓(๙)	๑(๕)	๒(๑๐)	๔๐	๓๔
๓	๔. เงินเดือน(ค่าตอบแทน)ไม่เป็นปัจจุบัน	๓(๑๒)	๒(๖)	๒(๑๐)	๒(๑๐)	๓๘	๓๕
๒	๑๐. รพท./รพช. ในจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการรับบริจาคอวัยวะและดวงตาตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข	๑(๔)	๑(๓)	๒(๑๐)	๒(๑๐)	๒๗	๓๖

กระบวนการที่ ๓ การกำหนด มาตรการสำคัญ และตัวชี้วัดด้านสุขภาพ

หลังจากวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการดำเนินงานด้านสาธารณสุขแล้ว คณะกรรมการจัดทำร่างแผน ได้นำเข็มมุ่ง มากำหนด ตัวชี้วัดด้านสุขภาพ และมาตรการสำคัญ

บทที่ ๓

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗

๑. วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังทางสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

๒. พันธกิจ

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

๓. ค่านิยม

“ KORAT MOPH ”

KORAT “องค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ”

Knowledge Organization	= องค์กรแห่งการเรียนรู้
Open Mind	= จิตบริการ
Role model & Respectable	= แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
Achievement & RBM Model	= มุ่งผลสัมฤทธิ์
Team work	= ทำงานเป็นทีม

MOPH “ฝึกฝนและเป็นนายตนเอง สร้างสรรค์นวัตกรรม ยึดประชาชน เป็นศูนย์กลาง อ่อนน้อมถ่อมตน”

Mastery	= เป็นนายตนเอง
Originality	= เร่งสร้างสิ่งใหม่
People-center	= ใส่ใจประชาชน
Humility	= อ่อนน้อมถ่อมตน

๔. เป้าหมาย

๑. ประชาชนสุขภาพดี
๒. เจ้าหน้าที่ เก่ง ดี มีคุณค่า มีความสุข
๓. ระบบสุขภาพยั่งยืน

๕. เข็มมุ่งประจำปี ๒๕๖๗

- ๑ ลดอัตราการเสียชีวิต รุนพยาบาลฆ่าตัวตาย
- ๒ ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตายจากโรค NCDs (Include มะเร็ง)
- ๓ ลดอัตราการตายของมารดา
- ๔ เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น
- ๕ เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ๖ ประชาชนใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความปลอดภัย จากสถานที่จำหน่ายที่ได้มาตรฐาน
- ๗ ลดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย
- ๘ มีระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ ตาม Service Plan ได้แก่
 - การตั้งครุภัณฑ์คุณภาพ เพื่อ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
 - พัฒนาการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน (Fast track)
 - ป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในทุกกลุ่มวัย
 - ลดการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
 - เพิ่มอัตราความสำเร็จ ของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
 - พัฒนาระบบส่งต่อ
 - เพิ่มจำนวนการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ๙ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดย พัฒนา PCC และ NPCU
- ๑๐ ประชาชนได้รับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และกัญชาทางการแพทย์
- ๑๑ พัฒนาระบบ Telemedicine และ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ระบบบริการของประชาชน
- ๑๒ คลินิกผู้สูงอายุมีคุณภาพ
- ๑๓ สนับสนุนให้มีหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน
- ๑๔ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามเกณฑ์
- ๑๕ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน
- ๑๖ มีการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข อย่างเหมาะสม ในทุกสถานการณ์
- ๑๗ โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินงานตามกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง
- ๑๘ หน่วยบริการทุกระดับมีการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- ๑๙ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ
- ๒๐ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ที่มีประสิทธิภาพ
- ๒๑ การพัฒนาองค์กรคุณภาพ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- ๒๒ ส่งเสริม และพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ทาง การแพทย์
- ๒๓ หน่วยงาน/หน่วยบริการมีมาตรฐานตามการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส (ITA)

๖. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗

- ยุทธศาสตร์ ที่ ๑ พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค (PP&P Excellence)
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๒ พัฒนาระบบบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๓ พัฒนากำลังคนและภาคีเครือข่ายที่เป็นเลิศ (People Excellence)
- ยุทธศาสตร์ ที่ ๔ พัฒนาระบบบริหารจัดการที่เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๗. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๗

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
๑	ฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์	ร้อยละ ๗๕	สส.
๒	หญิงคลอดบุตรในปีงบประมาณได้รับการเยี่ยมหลังคลอด ครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๗๕	สส.
๓	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๗	สส.
๔	ร้อยละของเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๓๕	สส./ สุขภาพจิต
๕	ร้อยละของโรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)	ร้อยละ ๑๐	สส.
๖	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	สส.
๗	ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุและมีการจัดตั้งทีมป้องกันพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๕๐	
๘	ร้อยละผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		สส.
	๘.๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐	
	๘.๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	มากกว่าหรือเท่ากับ ๔๐	
๙	อำเภอมีการพัฒนาศูนย์ DPAC คุณภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงาน	ร้อยละ ๑๐๐	สส.
๑๐	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (วัดจังหวัด)	ร้อยละ ๕๐ ของผลิตภัณฑ์ที่ ได้รับการ ส่งเสริม	คปส.
๑๑	ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๖๐	คปส.
๑๒	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย (ตัวชี้วัด Service Plan กระทรวง)		ทต.
	๑๒.๑) วัยก่อนเรียน อายุ ๐-๕ ปี	ร้อยละ ๕๐	
	๑๒.๒) วัยเรียนประถม อายุ ๖-๑๔ ปี	ร้อยละ ๕๐	
	๑๒.๓) วัยทำงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี	ร้อยละ ๓๐	

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๑๓	อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากกลุ่มผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๘๐	ทต.
๑๔	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ ๒๕	ทต.
๑๕	มีการดำเนินการชมรม To Be Number One ทุกอำเภอ	ร้อยละ ๑๐๐	ยส.
๑๖	ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (๓๕ ปีขึ้นไป)		NCD
	๑๖.๑) ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ ๙๐	
	๑๖.๒) ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ ๙๐	
๑๗	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง		NCD
	๑๗.๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๒)	≥ ร้อยละ ๙๕	
	๑๗.๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (≥ร้อยละ ๘๕)	≥ ร้อยละ ๗๒	
๑๘	ร้อยละการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ		NCD
	๑๘.๑ CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)	อย่างน้อย ๑ ครั้ง	
	๑๘.๒ ร้อยละหน่วยบริการมีการคัดกรอง Atrial Fibrillation ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ร้อยละ ๖๐)	≥ ร้อยละ ๖๐	
๑๙	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง		NCD
	๑๙.๑ ร้อยละ ๙๐ ของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง	> ร้อยละ ๙๐	
	๑๙.๒ ร้อยละ ๗๐ ของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	> ร้อยละ ๗๐	
	๑๙.๓ ร้อยละ ๕๕ ของประชากรเพศชายและหญิง (อายุ ๕๐-๗๐ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	> ร้อยละ ๕๕	
๒๐	ร้อยละของผู้ที่ผ่านระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษา		NCD
	๒๐.๑ ร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	> ร้อยละ ๗๐	
	๒๐.๒ ร้อยละ ๕๕ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy	> ร้อยละ ๕๐	

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๒๑	อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการดำเนินงาน NCDs อย่างเป็นระบบ (ครบวงจร)	ร้อยละ ๑๐๐	NCD
๒๒	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีต่อจำนวนประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๒๓ ต่อ ประชากร ๑,๐๐๐ คน	คร.
๒๓	ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Management)		คร
	๒๓.๑) มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพพร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ	ร้อยละ ๑๐๐	
	๒๓.๒) ผู้บริหารระดับผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๒๓.๓) จัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการ (BCP) รองรับโรคและภัยสุขภาพจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพของอำเภอ	ร้อยละ ๑๐๐	
	๒๓.๔) มีการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ โรคหรือภัยสุขภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	
	๒๓.๕) ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอรับการประเมินมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำระดับพื้นฐาน	ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอที่ ได้รับการ ประเมิน	
๒๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความครอบคลุมวัคซีนทุกชนิด		คร.
	๒๔.๑) เด็ก ๑ ปี ได้รับวัคซีน MMR1	ร้อยละ ๙๕	
	๒๔.๒) เด็ก ๒ ปี ได้รับวัคซีน MMR2	ร้อยละ ๙๕	
	๒๔.๓) เด็ก ๑ ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐	
	๒๔.๔) เด็ก ๒ ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐	
	๒๔.๕) เด็ก ๓ ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐	
	๒๔.๖) เด็ก ๕ ปี ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐	
๒๕	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	สสม.
๒๖	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ ๙๐	สสม.

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๒๗	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบประจำบ้าน และ ๓ หมอ ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๘๐	สสม.
๒๘	มีการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒		อวล.
	๒๘.๑.หน่วยงานมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒	รพ/สสอ ทุกแห่ง	
	๒๘.๒ การยกระดับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน	หน่วยบริการในสังกัดทุกระดับ/ทุกแห่ง	
๒๙	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)		อวล.
	๒๙.๑ ระดับมาตรฐาน (Standard) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	
	๒๙.๒ ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	
๒.ด้านระบบบริการที่เป็นเลิศ (Service Excellence)			
๓๐	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ ๑๒ (วัดจังหวัด)	EMS
๓๑	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๒๖.๕ (วัดจังหวัด)	EMS
๓๒	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	< ร้อยละ ๒๕ (วัดจังหวัด)	EMS
๓๓	จำนวนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น	จำนวนเป้าหมายรายอำเภอ (เป้าหมายจังหวัด ร้อยละ ๑๐)	EMS
๓๔	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐ (รพ. ๓๓ แห่ง)	สส./พบ
๓๕	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	< ๓.๖ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	สส.
๓๖	อัตราการตายของมารดา	≤ ๑๗ ต่อแสนประชากร	สส.

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๓๗	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓	พพท.
๓๘	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๓๕	พพท.
๓๙	ร้อยละการให้บริการของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์)	ร้อยละ ๕	พพท.
๔๐	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District)	ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอ ทั้งหมด (๑๖ อำเภอ)	คปส.
๔๑	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (AMR) ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (AMR) ใน รพ.ระดับ A,S,M๑	ไม่เพิ่มขึ้นจาก ปีปฏิทิน ๖๔	คปส
๔๒	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๔	ร้อยละ ๗๕	สสม.
๔๓	ร้อยละของประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ ๗๕	สสม.
๔๔	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน มีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	ร้อยละ ๘๕	สสม.
๔๕	โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พบ.
๔๖	โรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนาศูนย์ส่งต่อที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	พบ.
๔๗	รพท./รพช. ในจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการรับบริจาคอวัยวะ และดวงตาตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	พบ.
๔๘	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< ร้อยละ ๒๖	พบ.
๕๐	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๕๕	พบ.

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๕๑	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care ที่ได้รับการรักษาใน รพ.พื้นที่ ได้รับการบริหารพื้นสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	ร้อยละ ๘๐ (วัด จังหวัด)	พบ.
๕๒	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	≥ร้อยละ ๗๐	พบ.
๕๓	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		
	๕๓.๑) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	คร.
	๕๓.๒) อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๘	คร.
๕๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ ๘๐ (วัดจังหวัด)	ยสต.
๕๕	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (crude suicide rate)	≤ ๘.๐ ต่อ ประชากรแสน คน	ยสต.
๕๖	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ ๖๕	ยสต.
๓.ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)			
๕๗	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างไม่เกิน ๓%)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	บค.
๕๘	ร้อยละของหน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	บค.
๔.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
๕๙	หน่วยบริการมีการดำเนินงาน Smart Hospital	ร้อยละ ๘๐	พย.
๖๐	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ HAIT (หมวดความปลอดภัย) Data Security	ร้อยละ ๙๐	พย.
๖๑	ร้อยละของหน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุง และเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง		พย.
	๖๑.๑ หน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุง	ร้อยละ ๑๐๐	
	๖๑.๒ หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม)	ร้อยละ ๙๕	
	๖๑.๓ หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS)	ร้อยละ ๓๐	
๖๒	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๒	กฎหมาย

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๖๓	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๘๔	บริหาร/ ตรวจสอบ ภายใน
๖๔	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พย.
๖๕	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓		พบ.
	๖๕.๑) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ร้อยละ ๑๐๐	
	๖๕.๒) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ร้อยละ ๙๐	
๖๖	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)		อวล./พบ./พย.
	๖๖.๑) ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)		อวล./พบ./พย.
	๖๖.๑.๑) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ ๗๐	
	๖๖.๑.๒) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ ๗๐	
	๖๖.๒) จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	๑ แห่ง	
๖๗	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๓-๗)	ร้อยละ ๐	
๖๘	ร้อยละของหน่วยบริการ มีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพระดับดีมาก	≥ ร้อยละ ๙๐	ประกัน

ที่	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน รับผิดชอบ
๖๙	จำนวนนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดในหน่วยงาน	รพ.: วิจัย ๑ เรื่อง หรือ นวัตกรรม ๒ เรื่อง สสอ./รพ.สต. (สธ./อบจ.): PMQA ๑ เรื่อง หรือ วิจัย ๑ เรื่อง หรือ นวัตกรรม ๒ เรื่อง	พย.
๗๐	ร้อยละการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ	ร้อยละ ๕๐	พย.

หมายเหตุ ชื่อกลุ่มงาน

ก.	: กฎหมาย	NCD	: โรคไม่ติดต่อและผู้พิการ
บค.	: บริหารทรัพยากรบุคคล	สส.	: ส่งเสริมสุขภาพ
ยส.	: ยาเสพติดและสุขภาพจิต	EMS	: การแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข
บ.	: บริหารงานทั่วไป	คบ.	: คุ่มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
พย.	: พัฒนาศาสตร์สาธารณสุข	อวล.	: อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
ปก.	: ประกันสุขภาพ	ผท.	: แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ทต.	: ทันตสาธารณสุข	พบ.	: พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
คร.	: ควบคุมโรคติดต่อ	สสม.	: การสาธารณสุขมูลฐานและระบบบริการปฐมภูมิ

๘. คำอธิบายตัวชี้วัดด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี ๒๕๖๖
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑	ฝากครรภ์คุณภาพครบตามเกณฑ์								
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕								
ความหมาย/คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขชั้นๆ การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติตามนัด จำนวน ๕ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ ๑ เมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๓ -น้อยกว่า ๒๐ สัปดาห์ ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๐ - น้อยกว่า ๒๖ สัปดาห์ ครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ - น้อยกว่า ๓๒ สัปดาห์ ครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ - ๔๐ สัปดาห์								
วัตถุประสงค์	๑. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ๒. ใฝ่ระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ								
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	ตัวชี้วัด หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ๕ ครั้ง ร้อยละ ๗๕ <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>๒๕๖๔</th> <th>๒๕๖๕</th> <th>๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เป้าหมาย (ร้อยละ)</td> <td>๗๑.๐๖</td> <td>๗๑.๘๙</td> <td>๗๑.๘๖</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๗๑.๐๖	๗๑.๘๙	๗๑.๘๖
ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖						
เป้าหมาย (ร้อยละ)	๗๑.๐๖	๗๑.๘๙	๗๑.๘๖						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงไทยคลอดทุกราย								
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งบันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการหรือส่งข้อมูลผ่านฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และสามารถนำข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน ๔๓ แฟ้ม								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$ A = จำนวนหญิงไทยคลอด ตาม B ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ B = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน								
เกณฑ์การให้คะแนน	< ร้อยละ ๖๐ = ๐ คะแนน, ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๔.๙๙ = ๑ คะแนน, ร้อยละ ๖๕.๐๐-๖๙.๙๙ = ๒ คะแนน, ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๔.๙๙ = ๓ คะแนน, ร้อยละ ๗๕.๐๐-๗๙.๙๙ = ๔ คะแนน, ร้อยละ ๘๐.๐๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน								
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ								
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	นางสาวจิราพรรณ รักดีณรงค์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๔ ๔๒๖๓ E-mail : mchb509@gmail.com								

ตัวชี้วัดที่ ๒	หญิงคลอดบุตรในปีงบประมาณได้รับการเยี่ยมหลังคลอด ครบ ๓ ครั้ง ตามเกณฑ์											
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๗๕											
ความหมาย/คำนิยาม	หญิงคลอดบุตรได้รับการดูแลหลังคลอดครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอด และลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม และดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตามเกณฑ์ จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ ๑ คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก ไม่เกิน ๗ วัน นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ ๒ คือ เยี่ยมหลังคลอดระหว่าง วันที่ ๘ - วันที่ ๑๕ นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ ๓ คือ เยี่ยมหลังคลอดระหว่าง วันที่ ๑๖ - วันที่ ๔๒ นับถัดจากวันคลอด หญิงคลอดบุตรในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง มารดาหลังคลอดของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบนั้นๆ และหญิงคลอดผู้มารับบริการ ประกอบด้วย ๑) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ๒) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด											
วัตถุประสงค์	๑.เผื่อระวังสุขภาพของมารดา และทารก ช่วงหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดา และทารก อย่างมีประสิทธิภาพ ๒.พัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก											
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ</td> <td>๒๕๖๔</td> <td>๒๕๖๕</td> <td>๒๕๖๖</td> </tr> <tr> <td>เป้าหมาย (ร้อยละ)</td> <td>๖๖.๖๓</td> <td>๖๖.๖๑</td> <td>๖๒.๕๕</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๖๖.๖๓	๖๖.๖๑	๖๒.๕๕
ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖									
เป้าหมาย (ร้อยละ)	๖๖.๖๓	๖๖.๖๑	๖๒.๕๕									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มารดาและลูกหลังคลอดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการนั้นๆ											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แห่ง											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แห่ง											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนหญิงหลังคลอด ตาม Bได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ในเวลาที่กำหนด B = จำนวนหญิงไทยหลังคลอด ตั้งแต่ ๔๒ วัน ขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด											
เกณฑ์การให้คะแนน	< ร้อยละ ๖๐ = ๐ คะแนน, ร้อยละ ๖๐.๐๐-๖๔.๙๙ = ๑ คะแนน, ร้อยละ ๖๕.๐๐-๖๙.๙๙ = ๒ คะแนน, ร้อยละ ๗๐.๐๐-๗๔.๙๙ = ๓ คะแนน, ร้อยละ ๗๕.๐๐-๗๙.๙๙ = ๔ คะแนน, ร้อยละ ๘๐.๐๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน											
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ											
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	นางสาวจิราพรรณ รักดีณรงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๔ ๔๒๖๓ E-mail: mchb509@gmail.com											

ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๗ - เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองครอบคลุม ร้อยละ ๙๐ - เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, และ ๖๐ เดือน พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๙๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p>๒. พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า และได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน (1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <p>๑) การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type 1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type 3: ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>๒) พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจ คัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการ ตามวัยภายใน ๓๐ วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>๓) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัด กรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการ ครั้งที่ ๒</p> <p>๔) เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัด กรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕</p> <p>หน้า: ๑</p>
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> ๑. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย ๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของทุกหน่วยบริการ ๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	<p>ผลงานจังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="512 248 1449 517"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> <th>ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คัดกรอง</td> <td>๘๑.๕๘</td> <td>๘๑.๕๔</td> <td>๘๖.๖๗</td> </tr> <tr> <td>ล่าช้า</td> <td>๒๒.๕๗</td> <td>๒๐.๙๓</td> <td>๑๙.๒๘</td> </tr> <tr> <td>ติดตาม</td> <td>๘๗.๙๓</td> <td>๘๗.๘๘</td> <td>๘๘.๓๖</td> </tr> <tr> <td>สมวัย</td> <td>๘๑.๕๐</td> <td>๗๙.๒๙</td> <td>๘๔.๕๘</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา:จากรายงานประมวลผล HDC ๒๗ ส.ค. ๖๖</p>	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	คัดกรอง	๘๑.๕๘	๘๑.๕๔	๘๖.๖๗	ล่าช้า	๒๒.๕๗	๒๐.๙๓	๑๙.๒๘	ติดตาม	๘๗.๙๓	๘๗.๘๘	๘๘.๓๖	สมวัย	๘๑.๕๐	๗๙.๒๙	๘๔.๕๘
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖																		
คัดกรอง	๘๑.๕๘	๘๑.๕๔	๘๖.๖๗																		
ล่าช้า	๒๒.๕๗	๒๐.๙๓	๑๙.๒๘																		
ติดตาม	๘๗.๙๓	๘๗.๘๘	๘๘.๓๖																		
สมวัย	๘๑.๕๐	๗๙.๒๙	๘๔.๕๘																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)																				
แหล่งข้อมูล	<p>๑) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ๒) หมู่บ้าน ๓) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๔) โรงเรียนระดับอนุบาล</p> <p>ข้อมูลรายงานจาก HDC ตัวชี้วัดกระทรวง ข้อ ๒ เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย</p>																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับนำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออก ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม</p> <p>๒. สรุปข้อมูลรายไตรมาส ต.ค.-ธ.ค., ม.ค.-มี.ค., เม.ย.-มิ.ย., ก.ค.-ก.ย. (ข้อมูลจาก HDC) งวดที่ ๑ เดือน ธันวาคม งวดที่ ๒ มีนาคม งวดที่ ๓ มิถุนายน งวดที่ ๔ กันยายน (ผลงานสะสม)</p>																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก</p> <p>a = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้ว ผลการประเมินผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)</p> <p>B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>1) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ = $(A / B) \times 100$</p> <p>2) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี (๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน) พัฒนาการสมวัย = $(A+a) / B \times 100$</p>																				

เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผล การดำเนินงาน)	<p>๑. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุม ร้อยละ ๙๐</p> <table border="1" data-bbox="520 300 1441 407"> <tr> <td>๓ เดือน</td> <td>๖ เดือน</td> <td>๙ เดือน</td> <td>๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> </tr> </table> <p>ประเมินครั้งที่ ๑ และ ๒ / ๒๕๖๗</p> <p>เชิงปริมาณ <input checked="" type="checkbox"/>รพช. <input checked="" type="checkbox"/>สสอ. <input checked="" type="checkbox"/>รพ.สต.</p> <p>ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ความครอบคลุม)</p> <p>ร้อยละ \leq ๕๙ = ๑</p> <p>ร้อยละ ๖๐-๖๙ = ๒</p> <p>ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓</p> <p>ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔</p> <p>ร้อยละ \geq ๙๐ = ๕</p> <p>๒. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตาม ภายใน ๓๐ วัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p> <p>ร้อยละ \leq ๕๙ = ๑</p> <p>ร้อยละ ๖๐-๖๙ = ๒</p> <p>ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๓</p> <p>ร้อยละ ๘๐-๘๙ = ๔</p> <p>ร้อยละ \geq ๙๐ = ๕</p>	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน						
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐						
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ								
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/e-mail	นางภคมน สุนทราเมธากร รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย เบอร์โทร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐-๔ ต่อ ๓๐๕ มือถือ ๐๙ ๔๕๑๕ ๖๔๔๑ Email : Cpmkorat2018@gmail.com								

ตัวชี้วัดที่ ๔	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๓๕
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๓๕
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป</p> <p>๒. ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/</p>

	หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-๕ ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข (Developmental Skill Inventory : DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-๕ ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น								
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย ๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพทั้งในเรื่องการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ส่งเสริมพัฒนาการ และโรงเรียนพ่อแม่ ๓. ส่งเสริมให้เกิดวางแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพ่อแม่ผู้ปกครอง								
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I ที่มา:จาก HDC ๒๘ ส.ค.๖๖ <table border="1" data-bbox="528 869 1433 976"> <tr> <td>ปีงบประมาณ</td> <td>ปี ๒๕๖๔</td> <td>ปี ๒๕๖๕</td> <td>ปี ๒๕๖๖</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>๕๓.๙๔</td> <td>๕๗.๒๖</td> <td>๖๑.๘๖</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ร้อยละ	๕๓.๙๔	๕๗.๒๖	๖๑.๘๖
ปีงบประมาณ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖						
ร้อยละ	๕๓.๙๔	๕๗.๒๖	๖๑.๘๖						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A=จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I (คน) B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน มีพัฒนาการล่าช้า (คน) (A/B)x100								
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I <table border="1" data-bbox="528 1603 1433 1711"> <tr> <td>๓ เดือน</td> <td>๖ เดือน</td> <td>๙ เดือน</td> <td>๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๓๕</td> <td>ร้อยละ ๓๕</td> <td>ร้อยละ ๓๕</td> <td>ร้อยละ ๓๕</td> </tr> </table>	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน						
ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕						
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ								
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	นางภคมน สุนทรเมธากร รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัย เบอร์โทร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐-๔ ต่อ ๓๐๕ มือถือ ๐๙ ๔๕๑๕ ๖๔๔๑ Email : Cpmkorat2018@gmail.com								

ตัวชี้วัดที่ ๕	ร้อยละของโรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐
คำนิยาม	<p>โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าสู่กระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีการลงทะเบียน (Register) และประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน (https://gshps-th.com/hps/signin.php)</p> <p>โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS) หมายถึง โรงเรียนที่มีการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานที่กำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ด้านกระบวนการ ๔ องค์ประกอบ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ กระบวนการบริหารจัดการ ๑.๒ การสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพ ๑.๓ การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ๑.๔ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๒. ด้านผลลัพธ์สุขภาพ <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ ปัญหาสุขภาพของนักเรียนและสิ่งแวดล้อมลดลง เช่น โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สุขอนามัย กิจกรรมทางกาย เพศวิถี สิ่งแวดล้อม เป็นต้น ๒.๒ การวัดความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การวัดความรู้ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และความรู้ด้านสุขภาพ <p>๑) นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง เด็กนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ และมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ในโรงเรียนได้ทำแบบประเมินในโปรแกรมประเมินความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน โดยผ่านเกณฑ์ระดับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๒) เด็กนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง เด็กนักเรียนที่อยู่ในระบบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ และมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ในโรงเรียนได้ทำแบบประเมินในโปรแกรมประเมินความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน โดยผ่านเกณฑ์ระดับความรู้พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นแกนนำสุขภาพ หรือเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ</p> <p>๓) โครงการเชิงนวัตกรรมสุขภาพนักเรียน หมายถึง ผลงานเชิงนวัตกรรมโครงการสุขภาพนักเรียน ประกอบด้วยโครงการด้านส่งเสริมสุขภาพหรือด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการดำเนินการของนักเรียนเป็นหลัก และมีครูเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพแข็งแรง และฉลาด ๒. เพื่อให้โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ
ผลงานย้อนหลัง	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนทุกสังกัดของจังหวัดนครราชสีมา

แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานจากโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน (https://gshps-th.com/hps/signin.php)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน (https://gshps-th.com/hps/signin.php)
สูตรคำนวณ	ร้อยละของโรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ = $(B \times A) \times 100$ A = จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ B = จำนวนโรงเรียนที่มีการลงทะเบียน (Register) ในโปรแกรมประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ในโรงเรียน (https://gshps-th.com/hps/signin.php)
เกณฑ์การให้คะแนน	๕ = โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๑๐ ๔ = โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ ๘.๐๐ - ๙.๙๙ ๓ = โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ ๖.๐๐ - ๗.๙๙ ๒ = โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ ๔.๐๐ - ๕.๙๙ ๑ = โรงเรียนเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓.๙๙
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ประสานงาน	นางวิมลวรรณ เตียนพลกรัง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑ ๒๖๕ ๕๐๘๗ E mail : scoldsp@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๖	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๒. แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ๒) ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ๓) ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ๔) ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี ๕) ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ ๖) ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

	<p>๓. ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ ๒) ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๓) จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ ๔) นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่อำนาจปฏิบัติจริง ๕) หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ ๖) ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ๗) แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน ๘) เสริมสร้างกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี <p>๔. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ ๓๐ คนขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งในชมรมอาจมีผู้ที่มีอายุระหว่าง ๒๕-๕๙ ปี ไม่เกิน ๑ ใน ๔ ของสมาชิกทั้งหมด โดยชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรมด้วยสมาชิกในชมรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรม หรือเพื่อสังคมโดยรวม</p> <p>ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้ง ทางร่างกาย และทางจิตใจ แก่สมาชิกในชมรม ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมสร้างความสุข กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมทันตสุขภาพ กิจกรรมด้านโภชนาการ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมมีสุขภาพที่แข็งแรงและลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเอง และจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๒. ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุมีการพัฒนาทักษะด้านการเคลื่อนไหว โภชนาการ สุขภาพช่องปาก สมองดี มีความสุข และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ๓. เพื่อส่งเสริมให้สังคม ชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว ๔. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care) ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

<p>ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง</p>	<p>ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมมีการจัดทำแผนสุขภาพดี (Wellness Plan) ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง</p> <table border="1" data-bbox="647 300 1241 517"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>ผลงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี ๒๕๖๔</td> <td>๑๙.๖๕</td> </tr> <tr> <td>ปี ๒๕๖๕</td> <td>๓๒.๔๗</td> </tr> <tr> <td>ปี ๒๕๖๖</td> <td>๑๘๔.๒๕</td> </tr> </tbody> </table>	ปี พ.ศ.	ผลงาน	ปี ๒๕๖๔	๑๙.๖๕	ปี ๒๕๖๕	๓๒.๔๗	ปี ๒๕๖๖	๑๘๔.๒๕
ปี พ.ศ.	ผลงาน								
ปี ๒๕๖๔	๑๙.๖๕								
ปี ๒๕๖๕	๓๒.๔๗								
ปี ๒๕๖๖	๑๘๔.๒๕								
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)</p>								
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>๑. ประมวลผลข้อมูลจาก HDC ๒. ประมวลผลข้อมูลจาก Application Wellness Plan</p>								
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>๑. รายงานเฉพาะ ๒. สุ่มประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยโดยพื้นที่ ๓. การสำรวจโดยส่วนกลาง</p>								
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>รายการข้อมูล A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพครบ ๙ ด้าน B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปทุกคนในพื้นที่ C = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไปได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ D = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไปทุกคนในพื้นที่ E = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป ที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) F = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป ที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น G = จำนวนตำบลที่มีการจัดตั้งและมีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ H = จำนวนตำบลในเขตรับผิดชอบทั้งหมดของอำเภอ - ร้อยละ ๙๕ ของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพครบ ๙ ด้าน = $(A/B) \times 100$ - ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ = $(C/D) \times 100$ - ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ด้าน ได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี = $(E/F) \times 100$ - ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีการจัดตั้งและดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ = $(G/H) \times 100$</p>								

เกณฑ์การให้คะแนน	<p>๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพครบ ๙ ด้าน</p> <table border="1" data-bbox="536 248 1426 376"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๘๐</td> <td>๘๐-๘๔</td> <td>๘๕-๘๙</td> <td>๙๐-๙๔</td> <td>≥๙๕</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒. ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่ได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <table border="1" data-bbox="536 477 1426 604"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๓๕</td> <td>๓๕-๓๙</td> <td>๔๐-๔๔</td> <td>๔๕-๔๙</td> <td>≥๕๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๓. ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ด้าน ได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี</p> <table border="1" data-bbox="536 761 1426 889"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๓๕</td> <td>๓๕-๓๙</td> <td>๔๐-๔๔</td> <td>๔๕-๔๙</td> <td>≥๕๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๔. ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีการจัดตั้งและดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="536 990 1426 1117"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๓๕</td> <td>๓๕-๓๙</td> <td>๔๐-๔๔</td> <td>๔๕-๔๙</td> <td>≥๕๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>วิธีคิดคะแนน ข้อ (๑ + ๒ + ๓ + ๔) ÷ ๔</p>	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	<๘๐	๘๐-๘๔	๘๕-๘๙	๙๐-๙๔	≥๙๕	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																												
ร้อยละ	<๘๐	๘๐-๘๔	๘๕-๘๙	๙๐-๙๔	≥๙๕																																												
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																												
ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐																																												
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																												
ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐																																												
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																												
ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐																																												
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา																																																
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	<p>๑. นางจิตติกาญจน์ หอมตา เบอร์โทรศัพท์ ๐๘ ๑๐๖๘ ๓๙๒๙</p> <p>๒. นางกัณติกา เนตรสรระน้อย เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๐๙๖๓ ๘๗๒๗</p> <p>e-mail: Aging2557@gmail.com</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ ต่อ ๓๑๒</p> <p>เบอร์โทรสาร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๒๑</p>																																																

ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุและมีการจัดตั้งทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐ ร้อยละของตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุและมีการจัดตั้งทีมป้องกันการพลัดตกหกล้ม
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. เมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (Age-friendly cities and communities) หมายถึง การสร้างเมือง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตร่วมกับทุกคนในสังคมเมืองได้อย่างเท่าเทียมปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีองค์ประกอบเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ๘ องค์ประกอบ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) สภาพอาคารสถานที่และพื้นที่บริเวณภายนอก (Outdoor spaces & buildings) ต้องมีการเตรียมพื้นที่ที่เหมาะสมให้ เช่น การมีทางเดินเท้าที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ การมีพื้นที่สีเขียว พื้นที่สาธารณะเพื่อพักผ่อน สันทนาการ การมีสัญญาณไฟที่เอื้อต่อการข้ามถนนของผู้สูงอายุ ๒) ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation) เมืองต้องมีระบบขนส่งที่เอื้อต่อการเดินทางของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะระบบขนส่งสาธารณะ เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ใช้รถเข็นก้าวขึ้นลงได้สะดวก หรือการจัดที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ ๓) ที่อยู่อาศัย (Housing) ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ที่พักอาศัยที่เหมาะสม จึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ สถานการณ์เศรษฐกิจและสังคมของสังคมเมืองอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพัง จึงควรมีบ้านพักที่มีการออกแบบ และมีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการมีระบบการดูแลจากชุมชน หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๔) การเข้าไปมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social participation) การมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถ ความสนใจ ควรมีกิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วม ซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๕) การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion) ผู้สูงอายุควรมีโอกาส มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรุ่นต่าง ๆ รวมถึงการไม่มีอคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ ๖) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment) ผู้สูงอายุจำนวนมากมีความรู้ ความสามารถ และศักยภาพที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม จึงควรมีโอกาสได้รับการจ้างงาน มีช่องทางได้ทำงานตามอัตภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยต้น (๖๐-๖๙ ปี) เช่น การขยายอายุเกษียณ ส่งเสริมการสร้างงาน และการจ้างงาน รวมถึงการสร้างแรงจูงใจการทำงานให้ผู้สูงอายุ ๗) การสื่อสารและเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ (Communication & information) การเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ทั้งเพื่อการเรียนรู้ และการสื่อสาร เช่น การใช้ไลน์ (LINE) อย่างไรก็ตาม ต้องมีกระบวนการคุ้มครองผู้สูงอายุไม่ให้ถูกหลอกลวงจากการใช้ข้อมูลสารสนเทศ

๘) การสนับสนุนของชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services) ควรมีการดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

๒. การจัดตั้งทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ หมายถึง มาตรการหรือกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อ ลดการพลัดตกหกล้ม และลดความรุนแรงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

- **เครือข่ายดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ** หมายถึง เครือข่ายทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุขรวมถึงภาคประชาสังคม เครือข่ายสถานบริการสาธารณสุขที่ดำเนินงานป้องกัน การบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุครอบคลุมตั้งแต่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หน่วยงานท้องถิ่น และชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น ซึ่งได้ร่วมกันจัดกิจกรรม/ดำเนินการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุและการออกกำลังกายในน้ำ เพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสู่สูงวัย เป็นการเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ ช่วยในการทรงตัว และช่วยป้องกันการพลัดตกหกล้มได้

- **เกณฑ์การประเมินทีมป้องกันการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้ม (Falls Prevention TEAM: FP team)**

องค์ประกอบ ที่	กิจกรรม	Basic (พื้นฐาน)	Good (ดี)	Very Good (ดี มาก)	Advanced (ดีเยี่ยม)
๑	แผนงานโครงการ/ นโยบาย	๑ แผนงาน	๑ แผนงาน	๑ แผนงาน	๑ แผนงาน
๒	ประชุมขับเคลื่อน สหสาขา/การมีส่วนร่วม ของเครือข่าย	๓ ครั้ง	๕ ครั้ง	๑๐ ครั้ง	๑๒ ครั้ง
๓	สถานการณ์ข้อมูล การบาดเจ็บจาก การพลัดตกหกล้ม Falls/ วิเคราะห์ และนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์	๑ ปี	๒ ปี	๓ ปี	๕ ปี
๔	มีการประเมิน/ จัดการแก้ไขจุด เสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม	๓ จุด	๕ จุด	๑๐ จุด	๑๒ จุด
๕	มีกิจกรรมป้องกัน/ ส่งเสริมการออก กำลังกายป้องกัน การบาดเจ็บจาก	๒ ครั้ง	๔ ครั้ง	๖ ครั้ง	๘ ครั้ง

	การปลัดตกหกล้ม ในผู้สูงอายุ				
๖	มีการประเมินความเสี่ยง/ให้ความรู้ ด้านการปลัดตกหกล้มในชุมชน/ใน สถานบริการ สาธารณสุข/ หน่วยงาน	๓ ครั้ง	๕ ครั้ง	๑๐ ครั้ง	๑๒ ครั้ง
๗	มีอาสาสมัครและมี กิจกรรมปฏิบัติการ ดำเนินงานของ อาสาสมัครด้านการ ป้องกันการปลัดตก หกล้ม	๑๐ คน	๒๐ คน	๓๐ คน	๔๐ คน
๘	มีนวัตกรรมการ ป้องกันการปลัดตก หกล้ม เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมผู้สูงอายุใน ชุมชน	๑ เรื่อง	๒ เรื่อง	๓ เรื่อง	๔ เรื่อง
๙	มีกิจกรรม ประชาสัมพันธ์/ รณรงค์การบาดเจ็บ จากการปลัดตกหกล้มกิจกรรมในพื้นที่ สถานบริการ/ เทศบาล อบต.วัด ชมรมต่างๆ หรือ อำเภอเคลื่อนที่	๓ ครั้ง	๕ ครั้ง	๑๐ ครั้ง	๑๒ ครั้ง
๑๐	มีการติดตาม ประเมินผล หรือ สรุปผลการ ดำเนินงาน หรือ วิจัย หรืออื่นๆที่ เกี่ยวข้อง	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง	๑ เรื่อง

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเอง และจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>๒. เพื่อส่งเสริมให้สังคม ชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว</p> <p>๓. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care) ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p>																
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>การดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรในผู้สูงอายุ ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง</p> <table border="1" data-bbox="512 651 1422 864"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>ผลงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี๒๕๖๔</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>ปี๒๕๖๕</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>ปี๒๕๖๖</td> <td>๑๙</td> </tr> </tbody> </table> <p>การดำเนินงานจัดตั้งทีมปลัดตกหล่อมในปผู้สูงอายุ ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง</p> <table border="1" data-bbox="512 958 1422 1173"> <thead> <tr> <th>ปี พ.ศ.</th> <th>ผลงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี๒๕๖๔</td> <td>๖๓</td> </tr> <tr> <td>ปี๒๕๖๕</td> <td>๗๓</td> </tr> <tr> <td>ปี๒๕๖๖</td> <td>๓๐</td> </tr> </tbody> </table>	ปี พ.ศ.	ผลงาน	ปี๒๕๖๔	-	ปี๒๕๖๕	๒	ปี๒๕๖๖	๑๙	ปี พ.ศ.	ผลงาน	ปี๒๕๖๔	๖๓	ปี๒๕๖๕	๗๓	ปี๒๕๖๖	๓๐
ปี พ.ศ.	ผลงาน																
ปี๒๕๖๔	-																
ปี๒๕๖๕	๒																
ปี๒๕๖๖	๑๙																
ปี พ.ศ.	ผลงาน																
ปี๒๕๖๔	๖๓																
ปี๒๕๖๕	๗๓																
ปี๒๕๖๖	๓๐																
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - ตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ - ตำบลที่มีการจัดตั้งทีมป้องกันการปลัดตกหล่อมในผู้สูงอายุ 																
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> -แบบประเมินการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ -แบบประเมินการจัดตั้งทีมปลัดตกหล่อมในผู้สูงอายุ 																
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. รายงานเฉพาะ ๒. สุ่มประเมินตามระเบียบวิธีวิจัยโดยพื้นที่ ๓. การสำรวจโดยส่วนกลาง 																
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>รายการข้อมูล</p> <p>A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>B = จำนวนตำบลที่มีทั้งหมดของอำเภอนั้นๆ</p> <p>C = จำนวนตำบลที่มีการจัดตั้งทีมป้องกันการปลัดตกหล่อมในผู้สูงอายุ</p> <p>D = จำนวนตำบลที่มีทั้งหมดของอำเภอนั้นๆ</p> <p>- ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$</p> <p>- ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีการจัดตั้งทีมป้องกันการปลัดตกหล่อมในผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$</p>																

<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>๑. ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีการดำเนินงานเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="480 248 1453 376"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๓๕</td> <td>๓๕-๓๙</td> <td>๔๐-๔๔</td> <td>๔๕-๔๙</td> <td>≥๕๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒. ร้อยละ ๕๐ ของตำบลที่มีการจัดตั้งทีมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="480 427 1453 555"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๓๕</td> <td>๓๕-๓๙</td> <td>๔๐-๔๔</td> <td>๔๕-๔๙</td> <td>≥๕๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>วิธีคิดคะแนน ข้อ (๑ + ๒) ÷ ๒</p>	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																				
ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐																				
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																				
ร้อยละ	<๓๕	๓๕-๓๙	๔๐-๔๔	๔๕-๔๙	≥๕๐																				
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>																								
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail</p>	<p>๑. นางจิตติกาญจน์ หอมตา เบอร์โทรศัพท์ ๐๘ ๑๐๖๘ ๓๙๒๙ ๒. นางกัญติกา เนตรสรระน้อย เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๐๙๖๓ ๘๗๒๗ e-mail: Aging2557@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ ต่อ ๓๑๒ เบอร์โทรสาร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๒๑</p>																								

<p>ตัวชี้วัดที่ ๘</p>	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๘.๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๘.๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>๑. ≥ ร้อยละ ๖๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล</p> <p>๒. ≥ ร้อยละ ๖๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่ามีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล</p> <p>๓. มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานระดับโรงพยาบาล (F3 – A) ที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>๔. มีแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่เพื่อรองรับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจากการคัดกรองในชุมชน</p>
<p>ความหมาย/ คำนิยาม</p>	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (A – F3) กำหนดแนวทางดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีระบบการบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ๒. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ ๓. มีการวินิจฉัยและวางแผนการดูแลผู้ป่วย ๔. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล

	<p>เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งออกเป็น ๓ ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. โรงพยาบาลระดับ F1 – F3 ๒. โรงพยาบาลระดับ M1 – M2 ๓. โรงพยาบาลระดับ S - A <p>การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ ๑ คน ต้องได้รับการคัดกรองสุขภาพ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มอาการสูงอายุ ภาวะถดถอย ๙ ด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(Activities of Daily Living : ADL) และกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) (คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>กลุ่มอาการสูงอายุ(Geriatric Syndromes) หมายถึง อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบใดชัดเจน ได้แก่ ภาวะหกล้ม, การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว, ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้, ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง,การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา,ภาวะขาดสารอาหาร,อาการนอนไม่หลับ</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่ตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะเสื่อมลงเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม และกลุ่มอาการผู้สูงอายุ อื่นๆ</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ(Geriatric Syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ๒. ส่งเสริม หรือคงสภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ ๓.เพื่อให้มีระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในโรงพยาบาล (คลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมการแพทย์) และในชุมชน เช่น คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ระบบแพทย์ทางไกล เป็นต้น
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี ๒๕๖๓</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มี การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน</td> <td>-</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มี การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ</td> <td>-</td> <td>๗๕</td> <td>๘๗.๕</td> </tr> </tbody> </table> <p>ดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> <th>ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๙๙.๔๒</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและได้รับการรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๙๘.๗๙</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มี การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	-	๑๐๐	๑๐๐	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มี การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ	-	๗๕	๘๗.๕	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	-	-	๙๙.๔๒	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและได้รับการรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ	-	-	๙๘.๗๙
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕																						
ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มี การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	-	๑๐๐	๑๐๐																						
ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มี การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ	-	๗๕	๘๗.๕																						
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖																						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	-	-	๙๙.๔๒																						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและ พบว่าเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและได้รับการรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ	-	-	๙๘.๗๙																						
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป)																								
แหล่งข้อมูล	- รายงานเฉพาะกิจ - Website สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ประเมินผลจากรายงานเฉพาะกิจ ๒. ประเมินผลจาก Website สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการประเมิน ตนเองคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์ระดับโรงพยาบาล (A – F3)																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>รายการข้อมูล</p> <p>A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลในคลินิก ผู้สูงอายุ</p> <p>B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม</p> <p>C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลในคลินิก ผู้สูงอายุ</p> <p>D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตก หกล้ม</p> <p>๑. \geq ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$</p> <p>๒. \geq ร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับ การรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$</p>																								

เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผล การดำเนินงาน)	<p>ประเมินโรงพยาบาลทุกแห่ง ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ และ ๒/๒๕๖๕ ใช้ผลงานตาม ช่วงเวลาที่ผ่านมาคณะกรรมการประเมินผล กำหนด</p> <p>๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="679 387 1273 501"> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๒.๕</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๔๐</td> <td>≥๔๐</td> </tr> </table> <p>๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการ รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="679 656 1268 766"> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๒.๕</td> <td>๒.๕</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td><๔๐</td> <td>≥๔๐</td> </tr> </table> <p>๓. มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานระดับโรงพยาบาล (F3 – A) ที่กรมการแพทย์ กำหนด</p> <table border="1" data-bbox="453 927 1468 1205"> <thead> <tr> <th>มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของ กรมการแพทย์</th> <th>ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตาม ระดับ (A – F3)</th> <th>ไม่ผ่าน เกณฑ์ คุณภาพ</th> <th>ผ่านเกณฑ์ พื้นฐาน</th> <th>ไม่ ดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ช่วงคะแนนประเมิน</td> <td></td> <td>≥ ๑๘</td> <td>< ๑๘</td> <td></td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๕</td> <td>๔</td> <td>๒</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๔. มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (Mobile Clinic)</p> <table border="1" data-bbox="453 1308 1485 1471"> <thead> <tr> <th>การดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่</th> <th>มีการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่</th> <th>ไม่มีการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๕</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>วิธีคิดคะแนน : ข้อ (๑ + ๒ + ๓ + ๔) / ๔</p> <p>หมายเหตุ : รพ.ทุกแห่งต้องยื่นความจำนงในการประเมินตนเองผ่าน Website สถาบันเวช ศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หรือส่งเอกสารการประเมินมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา</p>	ระดับคะแนน	๒.๕	๕	ร้อยละ	<๔๐	≥๔๐	ระดับคะแนน	๒.๕	๒.๕	ร้อยละ	<๔๐	≥๔๐	มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของ กรมการแพทย์	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตาม ระดับ (A – F3)	ไม่ผ่าน เกณฑ์ คุณภาพ	ผ่านเกณฑ์ พื้นฐาน	ไม่ ดำเนินการ	ช่วงคะแนนประเมิน		≥ ๑๘	< ๑๘		คะแนน	๕	๔	๒	๐	การดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่	มีการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่	ไม่มีการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่	คะแนน	๕	๐
ระดับคะแนน	๒.๕	๕																																
ร้อยละ	<๔๐	≥๔๐																																
ระดับคะแนน	๒.๕	๒.๕																																
ร้อยละ	<๔๐	≥๔๐																																
มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของ กรมการแพทย์	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตาม ระดับ (A – F3)	ไม่ผ่าน เกณฑ์ คุณภาพ	ผ่านเกณฑ์ พื้นฐาน	ไม่ ดำเนินการ																														
ช่วงคะแนนประเมิน		≥ ๑๘	< ๑๘																															
คะแนน	๕	๔	๒	๐																														
การดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่	มีการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่	ไม่มีการดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุเคลื่อนที่																																
คะแนน	๕	๐																																

มาตรการที่สำคัญ	มาตรการ/กิจกรรมระดับจังหวัด	มาตรการ/กิจกรรมระดับอำเภอ	มาตรการ/กิจกรรมระดับตำบล
	<p>๑. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เน้นเรื่องหกล้มและสมองเสื่อม</p> <p>๒. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานระดับโรงพยาบาลที่กรมการแพทย์กำหนด(A – F๓) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>๓. กำกับ ติดตาม ให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ และแนวทางการดูแลรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อ ส่งกลับตามความเหมาะสม ตั้งแต่ระดับ รพ.สต , รพช.,รพท.,รพศ เน้นเรื่องภาวะสมองเสื่อมและหกล้ม</p> <p>๔. สนับสนุนให้มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (Mobile Clinic) เพื่อรองรับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจากการคัดกรองในชุมชน</p>	<p>๑. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานระดับโรงพยาบาลที่กรมการแพทย์กำหนด(A – F๓) ในโรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>๒. มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยคัดกรอง กลุ่มอาการgeriatric syndromes และมีระบบการดูแลรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อ ส่งกลับ เน้นเรื่องภาวะสมองเสื่อมและหกล้ม ใน รพ.</p> <p>๓. ติดตาม ควบคุม กำกับการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.ในชุมชน</p> <p>๔. มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (Mobile Clinic) เพื่อรองรับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจากการคัดกรองในชุมชน</p>	<p>๑. ดำเนินการคัดกรองคัดแยกประเมินสุขภาพและ ADL ผู้สูงอายุ ส่งต่อ เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p> <p>๒. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๒ เรื่อง คือภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม</p> <p>๓. ภาควิชาเวชศาสตร์มีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา		
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร /e-mail	<p>๑. นางกัญติกา เนตรสระน้อย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๓๘๗๒๒๗</p> <p>๒. นางจิตติกาญจน์ หอมตา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๘ ๓๙๒๙</p> <p>E-mail : aging๒๕๕๗@gmail.com</p>		

ตัวชี้วัดที่ ๙	อำเภอมีการพัฒนาศูนย์ DPAC คุณภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนวัยทำงาน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐			
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. ศูนย์ DPAC คุณภาพ หมายถึง หน่วยงาน หรือ องค์กร ที่ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางหรือกลไกในการขับเคลื่อนงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน (อายุ ๑๕ - ๕๙ ปี) ให้เกิดคุณภาพ ๓ องค์กรประกอบตามเกณฑ์ข้อ ๔ ข้อ ดังนี้</p> <p>๑.๑ องค์กรประกอบที่ ๑ ส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีกิจกรรมทางกาย โดย</p> <p>๑) ประชาชนวัยทำงานมีการลงทะเบียนสุขภาพรายใหม่ ด้วยแอปพลิเคชันก้าวทำใจ และ มีการเก็บคะแนนการออกกำลังกายหรือกิจกรรมทางกาย ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</p> <p>๑.๒ องค์กรประกอบที่ ๒ เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ประชาชนวัยทำงาน โดย</p> <p>๑) มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน ด้วย Application H4U plus ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</p> <p>๒) ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ทั้ง ๔ มิติ (ด้านการบริโภค ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านการนอนและจัดการความเครียด และ ด้านทันตสุขภาพ) ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป</p> <p>๑.๓ องค์กรประกอบที่ ๓ ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์</p> <p>๑) ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (๑๘.๕ - ๒๒.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร) ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป</p> <p>๒. การสร้างความรอบรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน หมายถึง การกระทำใดๆที่ทำให้ประชาชนอายุ ๑๕ - ๕๙ ปี เกิดองค์ความรู้ มีความเข้าใจ และมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในด้านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือ มีความเข้าใจ สามารถรวบรวมและวิเคราะห์ในข้อมูล เพื่อตัดสินใจแล้วนำไปใช้ในการจัดการสุขภาพ หรือ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้</p>			
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศูนย์ DPAC คุณภาพให้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่วัยทำงาน			
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	การส่งเสริมสุขภาพ	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
	๑. ประชาชนวัยทำงานมีการลงทะเบียนสุขภาพรายใหม่ ด้วยแอปพลิเคชันก้าวทำใจ	๕๖.๓%	๕๙.๗%	๗๖.๕%
	๒. ประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ	๔๒.๒%	๔๖.๑%	๔๗.๗%
	๓. ประชาชนวัยทำงานได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วย Application H4U plus	๔๐.๗%	๔๔.๕%	๕๙.๘%
	๔. ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๔ มิติ	๔๑.๘%	๔๒.๖%	๔๕.๕%

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๕๙ ปี แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ ๑ วัยทำงานตอนต้น อายุ ๑๕ - ๒๔ ปี กลุ่มที่ ๒ วัยทำงานตอนกลาง อายุ ๒๕ - ๔๔ ปี กลุ่มที่ ๓ วัยทำงานตอนปลาย หรือ ก่อนวัยสูงอายุ อายุ ๔๕ - ๕๙ ปี
แหล่งข้อมูล	๑. ข้อมูลค่าดัชนีมวลกาย มาจาก HDC (Health Data Center) ๒. ข้อมูลการสมัครก้าวทำใจ มาจาก https://www.kaotajai.com/login ๓. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มาจาก Application H4U plus จาก https://ictportal.moph.go.th/
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การบันทึกค่าดัชนีมวลกายกลุ่มเป้าหมาย ลงใน ๔๓ แฟ้ม โปรแกรม HosXP ของ HDC (Health Data Center) ๒. การสมัครก้าวทำใจของกลุ่มเป้าหมาย จาก https://www.kaotajai.com/login ๓. การประเมินและบันทึกพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จาก Application H4U plus รายไตรมาส แบ่งเป็น ๓.๑ ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ จาก Application H4U plus ๓.๒ ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ $= (A/B) \times 100$ (A=ผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ; B=จำนวนประชาชนวัยทำงานทั้งหมด) ๒ ร้อยละผู้สมัครก้าวทำใจ $= (A/B) \times 100$ (A=ผู้ที่สมัครก้าวทำใจ; B=จำนวนประชาชนที่ถูกกำหนดโดยจากกระทรวง) ๓. ร้อยละผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ แบ่งเป็น ๓.๑ ร้อยละผู้ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ $= (A/B) \times 100$ (A=ผู้ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ; B=จำนวนประชาชนที่ถูกกำหนดโดยจากกระทรวง) ๓.๒ ร้อยละผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ $= (A/B) \times 100$ (A=ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์; B=จำนวนประชาชนที่ถูกกำหนดโดยจากกระทรวง)
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ๑. องค์ประกอบที่ ๑ คะแนนทั้งหมด ๑ คะแนน ประเมินจากประชาชนวัยทำงานมีการมีการลงทะเบียนสุขภาพรายใหม่ ด้วยแอปพลิเคชันก้าวทำใจตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๒. องค์ประกอบที่ ๒ คะแนนทั้งหมด ๒ คะแนน ประเมินจาก ๑) ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป = ๐.๕ คะแนน ๒) มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป = ๑.๕ คะแนน ๓. องค์ประกอบที่ ๓ คะแนนทั้งหมด ๒ คะแนน ประเมินจากประชาชนวัยทำงานมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป แบ่งเป็น ๑) ประเมินในเชิงปริมาณ = ๐.๕ คะแนน ๒) สุ่มประเมินในเชิงคุณภาพ = ๑.๕ คะแนน

กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร /e-mail	๑. นายภิชฌิณิษฐ์ พลศรีประดิษฐ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๐-๐๐๘๕๖๕๙ ๒. นางเขมจิรา อนุเรือง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๖๕-๕๗๘๑๐๖๘ E-mail: workingage2022@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๑๐	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและอนุญาต จากจำนวนผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการส่งเสริม
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (กรณีมอบอำนาจ)</p> <p>ผู้ประกอบการ หมายถึง ผู้ประกอบการที่เข้าข่ายลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้</p> <p>๑. วิสาหกิจชุมชน คือ กิจการของชุมชนเกี่ยวกับการผลิตที่ดำเนินการโดยคณะบุคคลที่มีความผูกพัน มีวิถีชีวิตร่วมกันและรวมตัวกันประกอบกิจการดังกล่าว ไม่ว่าจะป็นนิติบุคคลในรูปแบบใดหรือไม่เป็นนิติบุคคล เพื่อสร้างรายได้และเพื่อการพึ่งพาตนเองของครอบครัว ชุมชน และระหว่างชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘ นับรวมทั้งเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายที่ต้องขอใบอนุญาตโรงงาน</p> <p>๒. วิสาหกิจขนาดย่อม และวิสาหกิจรายย่อย คือ วิสาหกิจขนาดย่อมต้องมีรายได้ไม่เกิน ๑๐๐ ล้านบาทต่อปี และมีการจ้างงานไม่เกิน ๕๐ คน และวิสาหกิจรายย่อยต้องมีรายได้ไม่เกิน ๑.๘ ล้านบาทต่อปีและมีการจ้างงานไม่เกิน ๕ คน ทั้งนี้ถือว่าวิสาหกิจรายย่อยเป็นส่วนหนึ่งของวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. ๒๕๖๒ นับรวมทั้งเข้าข่ายหรือไม่เข้าข่ายที่ต้องขอใบอนุญาตโรงงาน</p> <p>๓. ผู้ประกอบการรายย่อย หรือ กลุ่มเศรษฐกิจฐานราก นับเฉพาะไม่เข้าข่ายที่ต้องขอใบอนุญาตโรงงาน คือ ต้องมีเครื่องจักรไม่เกิน ๕๐ แรงม้าและมีคนงานไม่เกิน ๒๐ คน สถานที่ผลิตอยู่ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา ตามกฎกระทรวงกำหนดประเภท ชนิด และขนาดโรงงาน พ.ศ. ๒๕๖๓ พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>ได้รับการส่งเสริม หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานต่าง ๆ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ จนสามารถได้รับการอนุญาต</p> <p>ร้อยละ ๖๐ ของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาตจากผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม ต่อเขตสุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาตโดยมีเป้าหมายร้อยละ ๖๐ ต่อเขตสุขภาพ</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.												
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖										
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร, ผลิตภัณฑ์สมุนไพร,เครื่องสำอาง และวัตถุ อันตราย ที่ได้รับการอนุญาต จาก ผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม	ร้อยละ	N/A	N/A	ร้อยละ ๙๑.๖๗										
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ประกอบการที่ผลิต ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประเภทอาหาร,ผลิตภัณฑ์สมุนไพร,เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา														
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา														
วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	รวบรวมผลการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการที่ได้รับการส่งเสริม จาก ข้อมูลการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์ของงานอาหาร,งานผลิตภัณฑ์สมุนไพร,งานเครื่องสำอาง และงานวัตถุอันตราย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต}}{\text{จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริม}} \times 100$														
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๗ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>๓ เดือน</th> <th>๖ เดือน</th> <th>๙ เดือน</th> <th>๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย</td> <td>๑. กำหนด แนวทางการ พัฒนา ๒. คัดเลือก ผู้ประกอบการ</td> <td>ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๓๐</td> <td>ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๔๐ (สะสม)</td> <td>ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๖๐ (สะสม)</td> </tr> </tbody> </table>						๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	การส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย	๑. กำหนด แนวทางการ พัฒนา ๒. คัดเลือก ผู้ประกอบการ	ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๓๐	ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๔๐ (สะสม)	ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๖๐ (สะสม)
	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน											
การส่งเสริม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย	๑. กำหนด แนวทางการ พัฒนา ๒. คัดเลือก ผู้ประกอบการ	ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๓๐	ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๔๐ (สะสม)	ได้รับการ อนุญาตร้อยละ ๖๐ (สะสม)											
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา														
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/ e-mail	นางเกศแก้ว บุญแสง ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๕๖ E-mail : fdakorat@hotmail.com														

ตัวชี้วัดที่ ๑๑	ตลาดนัดนำซื้อ (Temporary Market)								
๑๑.๑ ตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๖๕									
เกณฑ์เป้าหมาย	ตลาดประเภทที่ ๒ หรือตลาดนัดได้รับการประเมินมาตรฐานตลาดนัดนำซื้อ								
ความหมาย/คำนิยาม	ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ ๒ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.๒๕๕๑ มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดนำซื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ ๒๐ ข้อ ซึ่งครอบคลุม ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป								
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีสถานที่จำหน่ายผ่านมาตรฐานตามกฎหมายกำหนดและเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข								
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเภท</th> <th>ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๔</th> <th>ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๕</th> <th>ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตลาดนัด นำซื้อ</td> <td>๔๔.๙๗</td> <td>๖๓.๑๙</td> <td>๗๓.๒๐</td> </tr> </tbody> </table>	ประเภท	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๔	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๕	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๖	ตลาดนัด นำซื้อ	๔๔.๙๗	๖๓.๑๙	๗๓.๒๐
ประเภท	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๔	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๕	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๖						
ตลาดนัด นำซื้อ	๔๔.๙๗	๖๓.๑๙	๗๓.๒๐						
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ตลาดนัดใน ๓๒ อำเภอ จำนวน ๓๐๗ แห่ง ได้รับการประเมินมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ท้องถิ่นที่ออกอนุญาต(ตลาดนัด)								
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอสำรวจตลาดนัดในพื้นที่ ๒. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอออกประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ๓. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ one drive ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มประเมิน								
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	A= ตลาดนัดทั้งหมด B= ตลาดนัดที่ได้รับการประเมินมาตรฐาน สูตรคำนวณ $B*100/A = ๖๕ \%$								
เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	๑. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน = ๒ คะแนน ๒. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วนและถูกต้อง = ๓ คะแนน ๓. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้องและทันเวลา = ๕ คะแนน ๔. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้อง,ทันเวลาและตลาดนัดผ่านมาตรฐาน ตลาดนัดนำซื้อร้อยละ ๖๕ ขึ้นไป = ๑๕ คะแนน								

	<p>การแบ่งระดับค่าคะแนนตลาดนัดที่ผ่านมาตรฐานตลาดนัดน้ำซื่อ</p> <p>ตลาดนัดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๖๕ ขึ้นไป = ๑๕ คะแนน</p> <p>ตลาดนัดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๕๔-๖๔ = ๑๓ คะแนน</p> <p>ตลาดนัดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๔๓-๕๓ = ๑๑ คะแนน</p> <p>ตลาดนัดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๓๒-๔๒ = ๙ คะแนน</p> <p>ตลาดนัดผ่านมาตรฐาน น้อยกว่า ร้อยละ ๓๒ = ๗ คะแนน</p>
มาตรการที่สำคัญ	<p>๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. พื้นที่เป้าหมาย “ตลาดนัด” มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนด</p> <p>๓. มีการจัดการปัญหา “ตลาดนัด” ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยอาหาร และด้านการคุ้มครองผู้บริโภค</p> <p>๔. มีการตรวจสอบปนเปื้อนทั้งทางเคมี และจุลินทรีย์</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	<p>นางธมณ วัชรเมธาพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ ๐๙๕-๖๐๘๕๔๕๓ e-mail : cklingtalae@hotmail.com</p> <p>นางสาวศิริขวัญ คุณกลาง นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>โทรศัพท์มือถือ ๐๙๔-๒๙๔๑๔๕๓ e-mail : koonzheng@gmail.com</p>
๑๑.๒ ตลาดสดน้ำซื่อ วิถีใหม่ (Healthy Market) ผ่านมาตรฐานระดับพื้นฐาน ร้อยละ ๖๐	
เกณฑ์เป้าหมาย	ตลาดประเภทที่ ๑ หรือตลาดสดได้รับการประเมินมาตรฐานตลาดสดน้ำซื่อ
ความหมาย/ค่านิยาม	<p>ตลาดสดน้ำซื่อ วิถีใหม่ (Healthy Market) หมายถึง ตลาดประเภทที่ ๑ ที่มีโครงสร้างมั่นคง แข็งแรง สะอาด ถูกสุขลักษณะ มีการพัฒนาจนผ่านเกณฑ์การพัฒนายกระดับ หลักเกณฑ์ออกเป็น ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environmental sanitation) ๒) ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene) ๓) ความปลอดภัยอาหาร (Food safety) และ ๔) ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection) และกำหนด ระดับมาตรฐานไว้ ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (๓ ดาว) ระดับดี (๔ ดาว) และ ระดับดีมาก (๕ ดาว)</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ประเภท	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๔	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๕	ร้อยละที่ผ่าน มาตรฐานในปี ๒๕๖๖
	ตลาดสด	๕๕.๐๗	๓๕.๘๒	๔๐.๐๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ตลาดสด ใน ๒๔ อำเภอ จำนวน ๖๗ แห่ง ได้รับการประเมินมาตรฐาน ร้อยละ ๑๐๐			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ท้องถิ่นที่ออกอนุญาต(ตลาดสด)			
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอสำรวจตลาดสดในพื้นที่ ๒. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอออกประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ๓. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ one drive ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลงตรวจประเมิน เพื่อรับรองมาตรฐานตลาดสดนำซื้อและรวบรวม ข้อมูล วิเคราะห์ และส่งรายงานนำเสนอในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	A= ตลาดสดทั้งหมด B= ตลาดสดที่ได้รับการประเมินมาตรฐาน สูตรคำนวณ $B*100/A = ๖๐\%$			
เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	๑. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน		= ๒ คะแนน	
	๒. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วนและถูกต้อง		= ๓ คะแนน	
	๓. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้องและทันเวลา		= ๕ คะแนน	
	๔.รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้อง,ทันเวลา และมีตลาดสดนำซื้อวิถีใหม่ ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป		= ๑๕ คะแนน	
การแบ่งระดับค่าคะแนนตลาดสดที่ผ่านมาตรฐานตลาดสดนำซื้อวิถีใหม่				
ตลาดสดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๖๐ขึ้นไป		= ๑๕ คะแนน		
ตลาดสดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๕๐-๕๙		= ๑๓ คะแนน		
ตลาดสดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๔๐-๔๙		= ๑๑ คะแนน		
ตลาดสดผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๓๐-๓๙		= ๙ คะแนน		
ตลาดสดผ่านมาตรฐาน น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐		= ๗ คะแนน		
มาตรการที่สำคัญ	๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ ๒. พื้นที่เป้าหมาย “ตลาดสด” มีการดำเนินงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน/ข้อกำหนด ๓. มีการจัดการปัญหา “ตลาดสด” ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environmental sanitation) ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล (Personal hygiene) ความปลอดภัยอาหาร (Food safety) และ ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer protection) ๔. มีการตรวจสอบปนเปื้อนทั้งทางเคมี และจุลินทรีย์			

กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข				
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail	นางธมณ วัชรเมธาทพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๕-๖๐๘๕๔๕๒ e-mail : cklingtalae@hotmail.com นางสาวศิริขวัญ คุณกลาง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ ๐๙๔-๒๙๔๑๔๕๓ e-mail : koonzheng@gmail.com				
๑๑.๓ ร้านอาหารและแผงลอย (Clean Food Good Taste) ร้านอาหารผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ ๔๐ แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ ๘๐					
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. ร้านอาหาร ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน Clean Food Good Taste ๒. แผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน Clean Food Good Taste				
ความหมาย/คำนิยาม	๑. ร้านอาหาร คือ อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้หรือทางสาธารณะ ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันทีทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่ายโดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือนำไปบริโภคที่อื่นก็ตาม ๒. แผงลอยจำหน่ายอาหาร คือ แคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็งโดยตั้งประจำที่ซึ่งมีข้อกำหนดทางด้านสุขาภิบาลอาหาร				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้จังหวัดมีสถานที่จำหน่ายผ่านมาตรฐานตามกฎหมายกำหนดและเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข				
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ประเภท	ร้อยละปี	ร้อยละปี	ร้อยละปี	
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	
	๑. สถานที่จำหน่ายอาหาร	๓๔.๑๐	๔๙.๙๗	๔๕.๓๖	
	๒. แผงลอยจำหน่ายอาหาร	๗๘.๔๐	๘๓.๐๓	๘๖.๔๑	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ร้านอาหารใน ๓๒ อำเภอ จำนวน ๑,๖๖๓ แห่ง ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ ๑๐๐ ๒. แผงลอยจำหน่ายอาหาร ใน ๓๒ อำเภอ จำนวน ๔,๓๔๓ แห่ง ได้รับการตรวจประเมินมาตรฐาน Clean Food Good Taste ร้อยละ ๑๐๐				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ท้องถิ่นที่ออกอนุญาต นอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอสำรวจร้านอาหาร,แผงลอยจำหน่ายอาหาร,ร้านอาหาร Clean Food Good Taste ในพื้นที่ ๒. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอออกประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ๓. เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ one drive ๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มประเมินร้อยละ ๓๐ ของสถานที่				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = ร้านอาหารทั้งหมด B = ร้านอาหารที่ได้รับการประเมินมาตรฐาน สูตรคำนวณ (B*๑๐๐)/A = ๔๐ % C = แผงลอยจำหน่ายอาหารทั้งหมด D = แผงลอยจำหน่ายอาหารที่ได้รับการประเมินมาตรฐาน สูตรคำนวณ (C*๑๐๐)/D = ๘๐ %				

<p>เกณฑ์การให้คะแนน(ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)</p>	<p>๑. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน = ๒ คะแนน</p> <p>๒. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วนและถูกต้อง = ๓ คะแนน</p> <p>๓. รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้องและทันเวลา = ๕ คะแนน</p> <p>๔.รายงานผ่านระบบ one driveครบถ้วน,ถูกต้อง,ทันเวลา และมีร้านอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๔๐และแผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๘๐ = ๑๕ คะแนน</p> <hr/> <p>การแบ่งระดับค่าคะแนนร้านอาหารที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste</p> <p>ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๔๐ขึ้นไป = ๑๕ คะแนน</p> <p>ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๓๐-๓๙ = ๑๓ คะแนน</p> <p>ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๒๐-๒๙ = ๑๑ คะแนน</p> <p>ร้านอาหารผ่านมาตรฐานร้อยละ ๑๐-๑๙ = ๙ คะแนน</p> <p>ร้านอาหารผ่านมาตรฐานน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ = ๗ คะแนน</p> <hr/> <p>การแบ่งระดับคะแนนแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านมาตรฐาน Clean Food Good Taste</p> <p>แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๘๐ขึ้นไป = ๑๕ คะแนน</p> <p>แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๗๐-๗๙ = ๑๓ คะแนน</p> <p>แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๖๐-๖๙ = ๑๑ คะแนน</p> <p>แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ ๕๐-๕๙ = ๙ คะแนน</p> <p>แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานน้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ = ๗ คะแนน</p>
<p>มาตรการที่สำคัญ</p>	<p>๑. ร้านอาหาร,แผงลอยจำหน่ายอาหาร ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด</p> <p>๒. ผู้สัมผัสอาหารได้รับการอบรมหลักสูตรสุขาภิบาลอาหารตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด</p> <p>๓. มีการตรวจหาแบคทีเรียโดยใช้ชุดทดสอบ SI-๒</p>
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข</p>
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>๑. นางธมณ วัชรเมธาพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙๕-๖๐๘๕๔๕๓ e-mail : cklingtalae@hotmail.com</p> <p>๒. นางสาวสิริพร เชี่ยวจ่อหอ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ ๐๙๘-๕๕๐๖๕๔๔ e-mail : siri_cheaw@hotmail.com</p>

๑๑.๔ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ร้อยละ ๑๐๐																																						
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลในจังหวัดนครราชสีมา																																					
ความหมาย/คำนิยาม	<p><u>นิยาม</u> โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรม วิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ๑๒ ข้อ โดยมีคะแนนรวม ๘๐ และมีมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ลำดับ</th> <th>ขั้นตอนการดำเนินงาน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>ตรวจตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ผลิต,จำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ในพื้นที่อำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลตามเป้าหมาย</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>รพ.มีการตรวจสอบอาหารและน้ำดื่ม อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>มีการตรวจ ๔ สารปนเปื้อน คือ บอแรกซ์, กันรา, ฟอกขาว และฟอร์มาลิน โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>รพ.มีการตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตามเกณฑ์ และตรวจวิเคราะห์สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืช (ยาฆ่าแมลง ๔ กลุ่ม) ด้วยวิธีห้องปฏิบัติการหรือจากหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต ๙</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>รพ. มีการสรรหาวัตถุดิบ ได้แก่ ข้าวเกษตรอินทรีย์ ข้าวปลอดสารพิษ และผักผลไม้ปลอดสารพิษ เนื้อสัตว์/ไข่ จากในพื้นที่เครือข่ายอาหารปลอดภัย เพื่อนำมาปรุงอาหารให้แก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>๖</td> <td>จัดระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่เอื้อต่อการดำเนินการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ สอดคล้องกับระเบียบและวิธีปฏิบัติ</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>๗</td> <td>ทะเบียนรายชื่อผู้ผลิตและจำหน่ายผักผลไม้สดและเนื้อสัตว์ไว้ในโรงพยาบาล หรือแหล่งที่ซื้อวัตถุดิบมาปรุงในโรงครัว</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๘</td> <td>รพศ./รพท./รพช.และ รพ. สังกัดกรมวิชาการผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสถานที่ประกอบการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.๒๕๖๑)</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>๙</td> <td>มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน หรือมีการพัฒนาให้เป็นเมนูสุขภาพ</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>๑๐</td> <td>มีระบบแสดงคุณค่าพลังงานอาหารจัดทำใบแสดงคุณค่าพลังงาน อาหารสารอาหารในภาชนะอาหารมีนวัตกรรม เช่น QR Code หรือเป็นโรงพยาบาลปลอดโฟม</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>๑๑</td> <td>มี Green market ใน รพ. หมายถึง โรงพยาบาลมีตลาดให้เกษตรกรนำผลผลิตปลอดภัย (GAP, เกษตรอินทรีย์) มาจำหน่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน</td> <td>๑๐</td> </tr> </tbody> </table>		ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	คะแนน	๑	ตรวจตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ผลิต,จำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ในพื้นที่อำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลตามเป้าหมาย	๕	๒	รพ.มีการตรวจสอบอาหารและน้ำดื่ม อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง	๕	๓	มีการตรวจ ๔ สารปนเปื้อน คือ บอแรกซ์, กันรา, ฟอกขาว และฟอร์มาลิน โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น	๕	๔	รพ.มีการตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตามเกณฑ์ และตรวจวิเคราะห์สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืช (ยาฆ่าแมลง ๔ กลุ่ม) ด้วยวิธีห้องปฏิบัติการหรือจากหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต ๙	๑๐	๕	รพ. มีการสรรหาวัตถุดิบ ได้แก่ ข้าวเกษตรอินทรีย์ ข้าวปลอดสารพิษ และผักผลไม้ปลอดสารพิษ เนื้อสัตว์/ไข่ จากในพื้นที่เครือข่ายอาหารปลอดภัย เพื่อนำมาปรุงอาหารให้แก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	๑๐	๖	จัดระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่เอื้อต่อการดำเนินการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ สอดคล้องกับระเบียบและวิธีปฏิบัติ	๑๐	๗	ทะเบียนรายชื่อผู้ผลิตและจำหน่ายผักผลไม้สดและเนื้อสัตว์ไว้ในโรงพยาบาล หรือแหล่งที่ซื้อวัตถุดิบมาปรุงในโรงครัว	๕	๘	รพศ./รพท./รพช.และ รพ. สังกัดกรมวิชาการผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสถานที่ประกอบการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.๒๕๖๑)	๑๐	๙	มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน หรือมีการพัฒนาให้เป็นเมนูสุขภาพ	๑๐	๑๐	มีระบบแสดงคุณค่าพลังงานอาหารจัดทำใบแสดงคุณค่าพลังงาน อาหารสารอาหารในภาชนะอาหารมีนวัตกรรม เช่น QR Code หรือเป็นโรงพยาบาลปลอดโฟม	๑๐	๑๑	มี Green market ใน รพ. หมายถึง โรงพยาบาลมีตลาดให้เกษตรกรนำผลผลิตปลอดภัย (GAP, เกษตรอินทรีย์) มาจำหน่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน	๑๐
ลำดับ	ขั้นตอนการดำเนินงาน	คะแนน																																				
๑	ตรวจตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่ผลิต,จำหน่ายอาหารและผลิตภัณฑ์ในพื้นที่อำเภอที่ตั้งโรงพยาบาลตามเป้าหมาย	๕																																				
๒	รพ.มีการตรวจสอบอาหารและน้ำดื่ม อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง	๕																																				
๓	มีการตรวจ ๔ สารปนเปื้อน คือ บอแรกซ์, กันรา, ฟอกขาว และฟอร์มาลิน โดยใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น	๕																																				
๔	รพ.มีการตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตามเกณฑ์ และตรวจวิเคราะห์สารเคมี ป้องกันกำจัดศัตรูพืช (ยาฆ่าแมลง ๔ กลุ่ม) ด้วยวิธีห้องปฏิบัติการหรือจากหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขต ๙	๑๐																																				
๕	รพ. มีการสรรหาวัตถุดิบ ได้แก่ ข้าวเกษตรอินทรีย์ ข้าวปลอดสารพิษ และผักผลไม้ปลอดสารพิษ เนื้อสัตว์/ไข่ จากในพื้นที่เครือข่ายอาหารปลอดภัย เพื่อนำมาปรุงอาหารให้แก่ผู้ป่วย ผู้มารับบริการ หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	๑๐																																				
๖	จัดระบบการจัดซื้อจัดจ้างที่เอื้อต่อการดำเนินการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ สอดคล้องกับระเบียบและวิธีปฏิบัติ	๑๐																																				
๗	ทะเบียนรายชื่อผู้ผลิตและจำหน่ายผักผลไม้สดและเนื้อสัตว์ไว้ในโรงพยาบาล หรือแหล่งที่ซื้อวัตถุดิบมาปรุงในโรงครัว	๕																																				
๘	รพศ./รพท./รพช.และ รพ. สังกัดกรมวิชาการผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารสถานที่ประกอบการอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.๒๕๖๑)	๑๐																																				
๙	มีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน หรือมีการพัฒนาให้เป็นเมนูสุขภาพ	๑๐																																				
๑๐	มีระบบแสดงคุณค่าพลังงานอาหารจัดทำใบแสดงคุณค่าพลังงาน อาหารสารอาหารในภาชนะอาหารมีนวัตกรรม เช่น QR Code หรือเป็นโรงพยาบาลปลอดโฟม	๑๐																																				
๑๑	มี Green market ใน รพ. หมายถึง โรงพยาบาลมีตลาดให้เกษตรกรนำผลผลิตปลอดภัย (GAP, เกษตรอินทรีย์) มาจำหน่ายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ วัน	๑๐																																				

	๑๒	ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน ร้านอาหาร /แผงลอย จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (CFGF) ร้อยละ ๑๐๐	๑๐																														
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาได้มาตรฐาน อาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล(Food Safety Hospital)																																
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p style="text-align: center;">ตารางเปรียบเทียบผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ๒๕๖๔-๒๕๖๖</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>ดีมาก</th> <th>ดี</th> <th>พื้นฐาน</th> <th>ไม่ผ่าน</th> <th>ไม่ประเมิน</th> <th>ร้อยละการจัดซื้อ วัตถุดิบปลอดภัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>๓๕ (๑๐๐%)</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๗๙.๙๗</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>๒๐ (๕๗.๑๔%)</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๙ (๒๕.๗๑%)</td> <td>๖ (๑๗.๑๔%)</td> <td>๕๗.๔๒</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๖</td> <td>๑๗ (๔๘.๕๗%)</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๑๕ (๔๒.๘๕%)</td> <td>๓ (๘.๕๗%)</td> <td>๖๑.๘๙</td> </tr> </tbody> </table>					ปี	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน	ไม่ผ่าน	ไม่ประเมิน	ร้อยละการจัดซื้อ วัตถุดิบปลอดภัย	๒๕๖๔	๓๕ (๑๐๐%)	๐	๐	๐	๐	๗๙.๙๗	๒๕๖๕	๒๐ (๕๗.๑๔%)	๐	๐	๙ (๒๕.๗๑%)	๖ (๑๗.๑๔%)	๕๗.๔๒	๒๕๖๖	๑๗ (๔๘.๕๗%)	๐	๐	๑๕ (๔๒.๘๕%)	๓ (๘.๕๗%)	๖๑.๘๙
ปี	ดีมาก	ดี	พื้นฐาน	ไม่ผ่าน	ไม่ประเมิน	ร้อยละการจัดซื้อ วัตถุดิบปลอดภัย																											
๒๕๖๔	๓๕ (๑๐๐%)	๐	๐	๐	๐	๗๙.๙๗																											
๒๕๖๕	๒๐ (๕๗.๑๔%)	๐	๐	๙ (๒๕.๗๑%)	๖ (๑๗.๑๔%)	๕๗.๔๒																											
๒๕๖๖	๑๗ (๔๘.๕๗%)	๐	๐	๑๕ (๔๒.๘๕%)	๓ (๘.๕๗%)	๖๑.๘๙																											
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) จำนวน ๓๕ แห่ง																																
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) สังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข																																
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<p>๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงาน(One Drive) ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ลงพื้นที่ตรวจประเมินโรงพยาบาลเพื่อรับรอง</p> <p>๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลการประเมินโรงพยาบาลในพื้นที่ วิเคราะห์ แล้วส่ง รายงานนำเสนอในการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๙</p>																																
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ที่ ดำเนินการได้มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ทั้งหมด</p> <p>$B * 100 / A = 80 \%$</p> <p>C = มูลค่าจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย</p> <p>D = มูลค่าจัดซื้อวัตถุดิบทั้งหมด</p> <p>$C * 100 / D = 60\%$ ขึ้นไป</p>																																

เกณฑ์การให้คะแนน(ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	๑.การดำเนินงานตามเกณฑ์ ๒๐ คะแนน
	๑.๑ ดำเนินงานตามเกณฑ์ ๑๒ ข้อ โดยมีคะแนนรวม ๘๐ คะแนนขึ้นไป = ๒๐ คะแนน
	๑.๒ ดำเนินงานตามเกณฑ์ ๑๒ ข้อ โดยมีคะแนนรวม ๗๐-๗๙ คะแนน = ๑๘ คะแนน
	๑.๓ ดำเนินงานตามเกณฑ์ ๑๒ ข้อ โดยมีคะแนนรวม ๖๐-๖๙ คะแนน = ๑๕ คะแนน
๑.๔ ดำเนินงานตามเกณฑ์ ๑๒ ข้อ โดยมีคะแนนรวมต่ำกว่า ๖๐ คะแนน = ๑๒ คะแนน	
มาตรการที่สำคัญ	๒. มีมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป ๕ คะแนน
	๒.๑ มีมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน
	๒.๒ มีมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย ร้อยละ ๕๐-๕๙ = ๔ คะแนน
	๒.๓ มีมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย ร้อยละ ๔๐-๔๙ = ๓ คะแนน
	๒.๔ มีมูลค่าการจัดซื้อวัตถุดิบปลอดภัย ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ = ๒ คะแนน
๑.จัดหาผักและผลไม้ปลอดสารพิษนำมาปรุงอาหารให้ผู้ป่วยและญาติ	
๒.มีมาตรการควบคุม ตรวจสอบ คุณภาพความปลอดภัยของอาหารทุกระบวนการ ตั้งแต่การผลิต วัตถุดิบ การขนส่ง การปรุง	
๓. โรงครัวและร้านอาหารผ่านมาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์	
๔.จัดพื้นที่จำหน่ายผักและผลไม้ปลอดสารพิษที่ได้มาตรฐานและสินค้าเกษตรแปรรูปที่ปลอดภัยในโรงพยาบาล	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	นางธมณ วัชรเมธพงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๙๕-๖๐๘๕๔๕๓ e-mail: cklingtalae@hotmail.com นางสาวอารีรัตน์ ปุยนอก ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทร ๐๙๗-๒๙๑๕๖๓๒ e-mail: areerat_ann34@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๑๒	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย (ตัวชี้วัด Service Plan กระทรวง) ๑๒.๑) วัยก่อนเรียน อายุ ๐-๕ ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) ร้อยละ ๗๐ ๒.อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)ร้อยละ ๕๐ ๓. อัตราเด็ก ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) ร้อยละ ๕๐ ๔. อัตราเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่(คน) ร้อยละ ๕๐
ความหมาย/คำนิยาม	อัตราการใช้ บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และ ทันตกรรมป้องกัน ตามชุดสิทธิประโยชน์ ในกลุ่มเป้าหมาย
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพช่องปาก

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
	๑.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๓๐.๒๑	๒๗.๗๗	๖๔.๘๗
	๒.เด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ	๖๙.๐๓	๖๘.๔๖	๖๖.๑๗
	๓.เด็ก ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๓๓.๓๐	๒๙.๕๗	๔๘.๕๙
	๔.เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	๖๔.๐๑	๖๖.๙๓	๕๙.๕๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และเด็ก ๐-๕ ปี			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><u>๑.อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้ รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</u> HDCกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่อง ปาก - > ๑๗.๑. OHSP OHSP ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเป็นภาพรวมอำเภอ</p> <p><u>๒.อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control</u> HDCกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่อง ปาก - >๑๗.๕OHSP อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้ รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque controlเป็นภาพรวมอำเภอ</p> <p><u>๓. อัตราเด็ก ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก</u> HDCกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก - >๑๘.๒OHSP ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๓ ปีมีฟันผุในฟันน้ำนม</p> <p><u>๔. อัตราเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่</u> HDCกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่อง ปาก - >๑๗.๖ OHSP เด็ก ๐-๒ ปี +๑๗.๙ OHSP เด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่เป็นภาพรวมอำเภอ</p>			
เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินรอบ1		ประเมินรอบ2	
	ร้อยละ ≤ ๙ = ๑	ร้อยละ ≤ ๓๔ = ๑		
	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔ = ๒	ร้อยละ ๓๕ - ๓๙ = ๒		
	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙ = ๓	ร้อยละ ๔๐-๔๔ = ๓		
	ร้อยละ ๒๐ - ๒๙ = ๔	ร้อยละ ๔๕-๔๙ = ๔		
	ร้อยละ ≥ ๓๐ = ๕	ร้อยละ ≥ ๕๐ = ๕		

กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	นส.สุภาวดี ศรีทองเพชร

ตัวชี้วัดที่ ๑๒	อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย (ตัวชี้วัด Service Plan กระทบวง) ๑๒.๒) วัยก่อนเรียน อายุ ๖-๑๔ ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ (คน) ร้อยละ ๓๐			
ความหมาย/ค่านิยาม	เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ ๖ และ ๗ (รหัส 238703A 238703B 238703C 238703D 238703E 238703F 238703G 238703H)			
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมป้องกันรักษาสุขภาพช่องปาก			
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ตัวชี้วัด	ปี2564	ปี2565	ปี2566
	1.เด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	26.06	17.83	19.4
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็ก 6-12 ปี			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทบวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย HDC/กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก >> 19.3OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการ เคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ ผลงาน HDC/กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> เข้าถึงบริการ >> ทันตกรรม(บริการ) >> 10.2 การเคลือบหลุมร่องฟันแท้ในเด็กอายุ 6-12 ปี (คน)			

เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินรอบ๑	ประเมินรอบ๒
	ร้อยละ ≤ ๕ = ๑	ร้อยละ ≤ ๙ = ๑
	ร้อยละ ๖ - ๙ = ๒	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔ = ๒
	ร้อยละ ๑๐ - ๑๓ = ๓	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙ = ๓
	ร้อยละ ๑๔ - ๑๗ = ๔	ร้อยละ ๒๐ - ๒๙ = ๔
	ร้อยละ ≥ ๑๘ = ๕	ร้อยละ ≥ ๓๐ = ๕
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	นส.สุภาวดี ศรีทองเพชร	

ตัวชี้วัดที่ ๑๒	อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย (ตัวชี้วัด Service Plan กระทรวง) ๑๒.๓ วัยกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี เข้าถึงบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐			
ความหมาย/คำนิยาม	อัตราการให้บริการสุขภาพช่องปากหมายถึงอัตราการกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี ใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและบริการ ทันตกรรม ตามชุดสิทธิประโยชน์ นวัตกรรมสัปดาห์ทันตกรรมทั้งหมด ยกเว้น ใน visit ที่มีเฉพาะรหัส 2330010, 2330012, 2330014, 2330020, 2330040, 2380010, 2330099, 2339920 ตัวใดตัวหนึ่งหรือหลายตัว			
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน			
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
	อัตราการให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี เข้าถึงบริการทันตกรรม	๗.๒๗	๗.๙๑	๑๐.๖๓
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๕. อัตรากลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี เข้าถึงบริการทันตกรรม			

<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>๕. อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยทำงาน ๑๕ -๕๙ ปี เข้าถึงบริการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐</p> <table border="1" data-bbox="619 304 1321 719"> <thead> <tr> <th data-bbox="619 304 999 342">ประเมินรอบ๑</th> <th data-bbox="999 304 1321 342">ประเมินรอบ๒</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="619 342 999 421">ร้อยละ ≤ ๕ = ๑</td> <td data-bbox="999 342 1321 421">ร้อยละ ≤ ๙ = ๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 421 999 499">ร้อยละ ๖ - ๙ = ๒</td> <td data-bbox="999 421 1321 499">ร้อยละ ๑๐ - ๑๔ = ๒</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 499 999 577">ร้อยละ ๑๐ - ๑๓ = ๓</td> <td data-bbox="999 499 1321 577">ร้อยละ ๑๕ - ๑๙ = ๓</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 577 999 656">ร้อยละ ๑๔ - ๑๗ = ๔</td> <td data-bbox="999 577 1321 656">ร้อยละ ๒๐ - ๒๙ = ๔</td> </tr> <tr> <td data-bbox="619 656 999 719">ร้อยละ ≥ ๑๘ = ๕</td> <td data-bbox="999 656 1321 719">ร้อยละ ≥ ๓๐ = ๕</td> </tr> </tbody> </table>	ประเมินรอบ๑	ประเมินรอบ๒	ร้อยละ ≤ ๕ = ๑	ร้อยละ ≤ ๙ = ๑	ร้อยละ ๖ - ๙ = ๒	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔ = ๒	ร้อยละ ๑๐ - ๑๓ = ๓	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙ = ๓	ร้อยละ ๑๔ - ๑๗ = ๔	ร้อยละ ๒๐ - ๒๙ = ๔	ร้อยละ ≥ ๑๘ = ๕	ร้อยละ ≥ ๓๐ = ๕
ประเมินรอบ๑	ประเมินรอบ๒												
ร้อยละ ≤ ๕ = ๑	ร้อยละ ≤ ๙ = ๑												
ร้อยละ ๖ - ๙ = ๒	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔ = ๒												
ร้อยละ ๑๐ - ๑๓ = ๓	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙ = ๓												
ร้อยละ ๑๔ - ๑๗ = ๔	ร้อยละ ๒๐ - ๒๙ = ๔												
ร้อยละ ≥ ๑๘ = ๕	ร้อยละ ≥ ๓๐ = ๕												
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานทันตสาธารณสุข</p>												
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>นางสาวนันท์ภักดิ์ อธิพิพัทธ์นพกร ๐๔๔๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๑๐๗ Dentkorat@gmail.com</p>												

<p>ตัวชี้วัดที่ ๑๓</p>	<p>อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก กลุ่มผู้สูงอายุ ๑๓.๑) ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฝึกทักษะ การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>มีการจัดให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงโดยทันต บุคลากร และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
<p>ความหมาย / คำ นิยาม</p>	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มกราคม ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ที่มีข้อจำกัดช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้เกิดความพิการและจำกัดความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมี ผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากหมายถึงการให้บริการการฝึกทักษะการแปรงฟัน Care Giver หมายถึงผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ทันตบุคลากร หมายถึง ทันตแพทย์ หรือ ทันตภิบาล วิธีประมวลผล คัดจาก ๔๓ แฟ้ม ช่วงปีงบประมาณ A1: ข้อมูลจากรายการข้อมูล ๒ (B1) ที่ได้รับการตรวจช่องปาก โดยทันตบุคลากร Provider Type = (“02”, “06”) และลงข้อมูลในแฟ้ม Dental , ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode+pid และ pid ใช้ปีงบประมาณ (๑ตค.-๓๐ก.ย.) คนไข้ใหม่ในปีงบประมาณ</p>

	<p>A2: ข้อมูลจากรายการข้อมูล ๒ (B2) ที่ได้รับการตรวจช่องปาก โดยทันตบุคลากร Provider Type = (“02”, “06”) และลงข้อมูลในแฟ้ม Dental , ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode+pid และ pid ใช้ปีงบประมาณ (๑ตค.-๓๐ก.ย.) คนไข้ใหม่ในปีงบประมาณ</p> <p>A3: ข้อมูลจากรายการข้อมูล ๒ (B3) ที่ได้รับการตรวจช่องปาก โดยทันตบุคลากร Provider Type = (“02”, “06”) และลงข้อมูลในแฟ้ม Dental , ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode+pid และ pid ใช้ปีงบประมาณ (๑ตค.-๓๐ก.ย.) คนไข้ใหม่ในปีงบประมาณ เงื่อนไขคุณภาพแฟ้ม dental PTEETH= 0 - 32 และ PERMANENT_PERMANENT + PERMANENT_PROSTHESIS + PROSTHESIS_PROSTHESIS = 0 - 10 และ PTEETH+PEXTRACT>0</p> <p>B1 : จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ.วันที่ ๑ มกราคม ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แฟ้ม SpecialPP รหัส(“1B1281, 1B1282”) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ Person Type Area (“1”, “3”) และ Person Discharge = “9”</p> <p>B2 : จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ.วันที่ ๑ มกราคม ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แฟ้ม SpecialPP รหัส(“1B1281”) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ Person Type Area (“1”, “3”) และ Person Discharge = “9”</p> <p>B3 : จำนวนประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ.วันที่ ๑ มกราคม ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แฟ้ม SpecialPP รหัส(“1B1282”) ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ Person Type Area (“1”, “3”) และ Person Discharge = “9”</p>			
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฝึกทักษะ การดูแลสุขภาพช่องปากแก่ Care Giver			
ผลงานย้อนหลัง๓ปี	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖
	ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจคัด กรองสุขภาพช่องปากฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่อง ปากแก่ Care Giver	๑๕.๑๐	๔๔.๗๑	๔๔.๑๓
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบภาพรวมอำเภอ			
แหล่งข้อมูล	บันทึกการให้บริการทันตกรรมใน Hos XP			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน HDC			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก</p> <p>สูตรคำนวณ</p> <p>= (จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก × 100)</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>- ผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากโดยทันต บุคลากร</p>			

	<p>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพช่องปาก วางแผน ที่ลงเพิ่ม dental ->๑๗.๒๖ OHSP ร้อยละผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A -> จำนวนผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมอำเภอ</p> <p>- ผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบภาพรวมอำเภอ</p> <p>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง service plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> OHSP ร้อยละผู้สูงอายุผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B -> จำนวนผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ทุกสิทธิ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบภาพรวมอำเภอ</p>
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	<p>จากผลงานจากรายงาน HDC</p> <p>ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ Care Giver</p> <p>รอบที่ ๑ ผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐</p> <p>รอบที่ ๒ ผู้สูงอายุกลุ่ม ตัดบ้าน ตัดเตียง ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก และฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ Care Giver ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์ / e-mail	<p>นส.รุจลักษณ์ ดิลกเมธานนท์ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ๐๔๔๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๑๐๗</p> <p>e-mail:dentkorat@gmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๓	<p>อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก กลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>๑๓.๒) ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>มีการจัดให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปากแก่ผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p>
ความหมาย / คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มกราคม</p> <p>ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก หมายถึง การให้บริการใส่ฟันเทียมทั้งปาก (complete denture) ใส่ฟันเทียมถอดได้เกือบทั้งปาก หมายถึงการให้บริการใส่ฟันเทียม ตั้งแต่ ๑๖ ซี่ขึ้นไป</p> <p>วิธีประมวลผล ใช้แฟ้ม procedure_opd ฟิลด์ procedcode+hospcode+pid และมีเงื่อนไข</p> <p>มีรหัสเหตุการณ์ทันตฯ ดังนี้คือ</p> <p>- กรณีใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก นับคนที่มีการ 2277410, 2277411, 2277412, 2277413 ตัวใดตัวหนึ่ง และ มีรหัสเหตุการณ์ 2287410, 2287411, 2287412, 2287413 ตัวใดตัวหนึ่ง ใน visit เดียวกัน</p> <p>- กรณีใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากชั้นบน ฟันเทียมถอดได้บางส่วนชั้นล่าง นับคนที่มีการ รหัสเหตุการณ์ 2277410, 2277411, 2277412, 2277413 ตัวใดตัวหนึ่ง และ มีรหัสเหตุการณ์</p>

	2287420, 2287421, 2287422 ตัวใดตัวหนึ่ง โดยนับผลงานให้ใน visit ที่มีครบทั้ง ๒ รหัส ภายในปีงบประมาณเดียวกัน - กรณีใส่ฟันเทียมถอดได้บางส่วนขึ้น ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากขึ้นล่าง นับคนที่รหัสหัตถการ 2277420, 2277421, 2277422 ตัวใดตัวหนึ่ง และ มีรหัสหัตถการ 2287410, 2287411, 2287412, 2287413 ตัวใดตัวหนึ่ง โดยนับผลงานให้ใน visit ที่ครบทั้ง ๒ รหัส ภายในปีงบประมาณเดียวกัน ไม่นับซ้ำ (distinct) hospcode+pid ไขปีงบประมาณ (๑ตค.-๓๐ก.ย.) คนไข้ใหม่ในปีงบประมาณ								
ผลงานย้อนหลัง๓ปี	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> <th>ปี๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก</td> <td>๑,๕๓๑</td> <td>๑,๒๓๔</td> <td>๑,๙๔๑</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖	ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	๑,๕๓๑	๑,๒๓๔	๑,๙๔๑
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖						
ผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	๑,๕๓๑	๑,๒๓๔	๑,๙๔๑						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบในพื้นที่รับผิดชอบ								
แหล่งข้อมูล	บันทึกการให้บริการทันตกรรมใน HosXP/HosXP PCU								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน HDC								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ผู้สูงอายุและก่อนวัยผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก</p> <p>สูตรคำนวณ</p> $= \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก} \times ๑๐๐}{\text{ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปากตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรของแต่ละอำเภอ}}$ <p>- อัตราผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียม</p> <p>จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม (บริการ) -> ๑๒.๕ กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการ ใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (คน) เป็นภาพรวมอำเภอ</p> <p>- ผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปากตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรของแต่ละอำเภอ จากการจัดสรรเป้าหมายรายอำเภอโดยคำนวณตามเป้าหมายรวมระดับจังหวัดและจำนวนทันตแพทย์ของแต่ละอำเภอ</p>								
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	<p>จากผลงานจากรายงาน HDC</p> <p>ผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก</p> <p>รอบที่ ๑ ผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</p> <p>รอบที่ ๒ ผู้สูงอายุ ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐</p>								
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข								
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์ / e-mail	นส.รุจลักษณ์ ดิลกเมธานนท์ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ๐๔๔๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๑๐๗ e-mail:dentkorat@gmail.com								

ตัวชี้วัดที่ ๑๓	อัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก กลุ่มผู้สูงอายุ ๑๓.๓) ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐			
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการจัดให้บริการใส่รากฟันเทียม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐			
ความหมาย / คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ณ วันที่ ๑ มกราคม ที่มีสิทธิรักษา UC บริการใส่รากฟันเทียม หมายถึง การผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในกระดูกขากรรไกรเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก วิธีประมวลผล ใช้แฟ้ม procedure_opd ฟิลด์ procedcode+ hospcode+ Cid และมีเงื่อนไขรหัส 2337550, 2337551 รหัสใครรหัสหนึ่งที่ไม่นับซ้ำ (distinct) Cid ใช้ปีงบประมาณ (๑ ตค. - ๓๐ กย.) คนไขใหม่ในปีงบประมาณ ใช้แฟ้ม service ฟิลด์ instype ที่มีเงื่อนไขสิทธิ UC ตามแฟ้ม service ณ วันที่เข้ารับบริการ			
วัตถุประสงค์	ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม			
ผลงานย้อนหลัง๓ปี	ตัวชี้วัด			
		ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖
	ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียม	-	-	๖๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบในพื้นที่รับผิดชอบ			
แหล่งข้อมูล	บันทึกการให้บริการทันตกรรมใน HosXP			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน HDC			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียม $\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียม} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนผู้สูงอายุตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรของแต่ละอำเภอ}}$ - จำนวนผู้สูงอายุได้รับการใส่รากฟันเทียม จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน >>การเข้าถึงบริการ>> ทันตกรรม (บริการ) >> ๑๓.๓๖ การให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม แยกตามสิทธิเป็นภาพรวมอำเภอ - จำนวนผู้สูงอายุตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรของแต่ละอำเภอ จากการจัดสรรเป้าหมายรายอำเภอโดยคำนวณตามเป้าหมายรวมระดับจังหวัดและจำนวนทันตแพทย์ของแต่ละอำเภอ			
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	จากผลงานจากรายงาน HDC ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียม รอบที่ ๑ ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ รอบที่ ๒ ผู้สูงอายุ ได้รับบริการใส่รากฟันเทียมไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข			
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์ / e-mail	นส.รุจลักษณ์ ดิลกเมธานนท์ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ๐๔๔๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๑๐๗ e-mail:dentkorat@gmail.com			

ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละ ๒๕ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑.รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก แบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>๒.รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ร้อยละ ๒๕</p>
ความหมาย/คำนิยาม	<p><u>นิยาม</u> ๑.รพ.สต.มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก แบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p><u>รพ.สต. ที่จัดให้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง</u> รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำหรือ รพ.สต.ที่มีการจัดหมุนเวียนทันตบุคลากรออกให้บริการสุขภาพช่องปาก ให้กับประชาชน ครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม ด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคในช่องปากในเขตรับผิดชอบ มีคุณภาพ</p> <p><u>จำนวน รพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์ ๗ กลุ่มเป้าหมาย ๑๕ กิจกรรม คือ</u> รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ที่มีผลงานที่ให้บริการสุขภาพกับประชาชนในเขตรับผิดชอบตามเงื่อนไข หรือประชาชน กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนไม่เป็น ๐ ในข้อต่อไปนี้ทุกข้อ</p> <p>๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p>๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control เฉพาะเขตรับผิดชอบ(คน)</p> <p>๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการทันตกรรม (คน)</p> <p>๔. ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) <u>มีผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</u> ของกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ (ประเมินรอบ๑ = คิดร้อยละ ๒๕)</p> <p>๕. ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control นับรวมฝึกผู้ปกครองทำความสะอาดช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ</p> <p>๖. ร้อยละเด็ก ๐-๒ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p>๗. ร้อยละเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p><u>มีผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</u> ของกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ (ประเมินรอบ๑ = คิดร้อยละ ๒๕)</p> <p>๘. ร้อยละเด็ก ๓-๕ ปี เคลือบ/ทา ฟลูออไรด์เฉพาะที่อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p>๙. ร้อยละเด็ก ๓-๕ ปี ได้รับการทันตกรรม (คน)</p> <p>๑๐. ร้อยละเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p>๑๑. ร้อยละเด็ก ๖ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันแท้ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p>๑๒. ร้อยละเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) <u>มีผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</u> ของกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ (ประเมินรอบ๑ คิดร้อยละ ๒๕)</p> <p>๑๓. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p> <p>๑๔. ร้อยละวัยทำงานได้รับการทันตกรรม (คน)เน้นให้บริการชุดหินปูน</p> <p>๑๕. ร้อยละผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)</p>

	<p>นิยาม ๒ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ร้อยละ ๒๕</p> <p>ด้านที่ ๑ ศักยภาพบริการสุขภาพช่องปาก</p> <p>ด้านที่ ๒ อัตรากำลังคน</p> <p>ด้านที่ ๓ โครงสร้างกายภาพครุภัณฑ์และเครื่องมือ</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<p>ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๖๔.๓๘</p> <p>ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๖๓.๐๑</p> <p>ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๖๗.๙๑</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิ
แหล่งข้อมูล	รวบรวมจากรายงานระบบ HDCกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลงานจาก HDC -ข้อมูลservice plan> สาขาสุขภาพช่องปาก>ข้อ ๑๘.๑๔
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก แบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม</p> <p>สูตรคำนวณ ร้อยละของ รพ.สต. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพ = $(A \times 100)/B$</p> <p>A = จำนวน รพ.สต. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ ,</p> <p>B=จำนวน รพ.สต. ทั้งหมดในอำเภอ</p> <p>รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU)</p> <p>สูตรคำนวณ ร้อยละของรพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมาย</p> $= (A \times 100 / B)$ <p>A = จำนวนคะแนนรวมหมวดกิจกรรม B = จำนวนเต็มของคะแนนแต่ละหมวด</p>

เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	<p><u>ประเมินรอบ ๑ และ ๒</u></p> <p>-รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปาก แบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐</p> <p>-รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕</p> <table border="1" data-bbox="464 465 1476 1120"> <thead> <tr> <th data-bbox="464 465 842 562"> <u>ประเมินรอบ ๑ /๒๕๖๖</u> <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. </th> <th colspan="2" data-bbox="842 465 1476 562"> <u>ประเมินรอบ ๒ /๒๕๖๖</u> <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต. </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="464 562 842 835"> ๑) รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม (ร้อยละ ๖๐) </td> <td data-bbox="842 562 1145 835"> ๑) รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม (ร้อยละ ๖๐) </td> <td data-bbox="1145 562 1476 835"> ๒) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) (ร้อยละ ๒๕) </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 835 842 882"> ร้อยละ $\leq ๑๙ = ๐$ </td> <td data-bbox="842 835 1145 882"> ร้อยละ $\leq ๑๙ = ๐$ </td> <td data-bbox="1145 835 1476 882"> ร้อยละ $\leq ๔ = ๐$ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 882 842 929"> ร้อยละ $๒๐ - ๒๙ = ๑$ </td> <td data-bbox="842 882 1145 929"> ร้อยละ $๒๐ - ๒๙ = ๑$ </td> <td data-bbox="1145 882 1476 929"> ร้อยละ $๕ - ๙ = ๑$ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 929 842 976"> ร้อยละ $๓๐ - ๓๙ = ๒$ </td> <td data-bbox="842 929 1145 976"> ร้อยละ $๓๐ - ๓๙ = ๒$ </td> <td data-bbox="1145 929 1476 976"> ร้อยละ $๑๐ - ๑๔ = ๒$ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 976 842 1023"> ร้อยละ $๔๐ - ๔๙ = ๓$ </td> <td data-bbox="842 976 1145 1023"> ร้อยละ $๔๐ - ๔๙ = ๓$ </td> <td data-bbox="1145 976 1476 1023"> ร้อยละ $๑๕ - ๑๙ = ๓$ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1023 842 1070"> ร้อยละ $๕๐ - ๕๙ = ๔$ </td> <td data-bbox="842 1023 1145 1070"> ร้อยละ $๕๐ - ๕๙ = ๔$ </td> <td data-bbox="1145 1023 1476 1070"> ร้อยละ $๒๐ - ๒๔ = ๔$ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="464 1070 842 1117"> ร้อยละ $\geq ๖๐ = ๕$ </td> <td data-bbox="842 1070 1145 1117"> ร้อยละ $\geq ๖๐ = ๕$ </td> <td data-bbox="1145 1070 1476 1117"> ร้อยละ $\geq ๒๕ = ๕$ </td> </tr> </tbody> </table>	<u>ประเมินรอบ ๑ /๒๕๖๖</u> <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต.	<u>ประเมินรอบ ๒ /๒๕๖๖</u> <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต.		๑) รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม (ร้อยละ ๖๐)	๑) รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม (ร้อยละ ๖๐)	๒) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) (ร้อยละ ๒๕)	ร้อยละ $\leq ๑๙ = ๐$	ร้อยละ $\leq ๑๙ = ๐$	ร้อยละ $\leq ๔ = ๐$	ร้อยละ $๒๐ - ๒๙ = ๑$	ร้อยละ $๒๐ - ๒๙ = ๑$	ร้อยละ $๕ - ๙ = ๑$	ร้อยละ $๓๐ - ๓๙ = ๒$	ร้อยละ $๓๐ - ๓๙ = ๒$	ร้อยละ $๑๐ - ๑๔ = ๒$	ร้อยละ $๔๐ - ๔๙ = ๓$	ร้อยละ $๔๐ - ๔๙ = ๓$	ร้อยละ $๑๕ - ๑๙ = ๓$	ร้อยละ $๕๐ - ๕๙ = ๔$	ร้อยละ $๕๐ - ๕๙ = ๔$	ร้อยละ $๒๐ - ๒๔ = ๔$	ร้อยละ $\geq ๖๐ = ๕$	ร้อยละ $\geq ๖๐ = ๕$	ร้อยละ $\geq ๒๕ = ๕$
<u>ประเมินรอบ ๑ /๒๕๖๖</u> <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต.	<u>ประเมินรอบ ๒ /๒๕๖๖</u> <input checked="" type="checkbox"/> รพ.สต.																								
๑) รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม (ร้อยละ ๖๐)	๑) รพ.สต. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพครอบคลุม ๗ กลุ่มเป้าหมาย ดำเนินงานครบทั้ง ๑๕ กิจกรรม (ร้อยละ ๖๐)	๒) รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) (ร้อยละ ๒๕)																							
ร้อยละ $\leq ๑๙ = ๐$	ร้อยละ $\leq ๑๙ = ๐$	ร้อยละ $\leq ๔ = ๐$																							
ร้อยละ $๒๐ - ๒๙ = ๑$	ร้อยละ $๒๐ - ๒๙ = ๑$	ร้อยละ $๕ - ๙ = ๑$																							
ร้อยละ $๓๐ - ๓๙ = ๒$	ร้อยละ $๓๐ - ๓๙ = ๒$	ร้อยละ $๑๐ - ๑๔ = ๒$																							
ร้อยละ $๔๐ - ๔๙ = ๓$	ร้อยละ $๔๐ - ๔๙ = ๓$	ร้อยละ $๑๕ - ๑๙ = ๓$																							
ร้อยละ $๕๐ - ๕๙ = ๔$	ร้อยละ $๕๐ - ๕๙ = ๔$	ร้อยละ $๒๐ - ๒๔ = ๔$																							
ร้อยละ $\geq ๖๐ = ๕$	ร้อยละ $\geq ๖๐ = ๕$	ร้อยละ $\geq ๒๕ = ๕$																							
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข																								
ผู้ประสานงาน/ เบอร์/e-mail	น.ส.นันทิภักดิ์ อธิธิพัทธ์นพกร กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ๐๔๔๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๑๐๗ , e-mail:dentkorat@gmail.com																								

ตัวชี้วัดที่ ๑๕	การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ทุกอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ ๖๖ ๑๐๐ (การประกวด ระดับจังหวัด ภาค และประเทศ)	ปีงบประมาณ ๖๗ ๑๐๐ (การประกวด ระดับจังหวัด ภาคและประเทศ)	ปีงบประมาณ ๖๘ ๑๐๐ (การประกวด ระดับจังหวัด ภาค และประเทศ)	ปีงบประมาณ ๖๙ ๑๐๐ (การประกวด ระดับจังหวัด ภาค และประเทศ)	ปีงบประมาณ ๗๐ ๑๐๐ (การประกวด ระดับจังหวัด ภาค และประเทศ)	
ความหมาย/ คำนิยาม	*การดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ทุกอำเภอ หมายถึง มีการดำเนินงานชมรม TO BE NUMBER ONE ทุก setting ทั้ง ๓ setting ๑.ชุมชน ๒.สถานศึกษา ๓.สถานประกอบการ				
วัตถุประสงค์	๑. ชมรม TO BE NUMBER ONE ทั้ง ๓ setting (ชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ) เข้าร่วมประกวดในระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ (๓๕ คะแนน) ๒. มี Best practice หรือ นวัตกรรมในการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE (๓๕ คะแนน)				

	๓. เพื่อให้สมาชิก ๖-๒๔ ปี มีค่านิยม เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด ปลอดภัยจากยาเสพติด และปัญหาอบด้านที่พบในวัยรุ่นและเยาวชน เป็นการปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมเพื่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชน (๓๐ คะแนน)				
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอทุปีมี การดำเนินงานและเข้าร่วม ประกวดในระดับจังหวัด ระดับ ภาค และระดับประเทศ	ร้อยละ (เฉลี่ย๓ปี)	๓.๑๒๕	๓.๑๒๕	๕๙.๓๗
เป้าหมาย	<p>๑.ชมรม TO BE NUMBER ONE ทั้ง ๓ setting (ดำเนินการตาม ๓ ก. ๓ ย. ทั้งชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ) เข้าร่วมประกวดในระดับจังหวัด ระดับภาค และ ระดับประเทศ (๓๕ คะแนน)</p> <p>๑.๑ เข้าประกวดระดับจังหวัด= ๑๐ คะแนน</p> <p>๑.๒ เข้าประกวดระดับภาค= ๒๐ คะแนน</p> <p>๑.๓ เข้าประกวดระดับประเทศ= ๓๕ คะแนน</p> <p>๒.มี Best Practice หรือ นวัตกรรม ในการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE (๓๕ คะแนน)</p> <p>๒.๑ Best Practice หรือ นวัตกรรม จำนวน ๑ เรื่อง =๑๐ คะแนน</p> <p>๒.๒ Best Practice หรือ นวัตกรรม จำนวน ๒ เรื่อง =๒๐ คะแนน</p> <p>๒.๓ Best Practice หรือ นวัตกรรม จำนวน ๓ เรื่อง =๓๕ คะแนน</p> <p>๓.เพื่อให้สมาชิก ๖-๒๔ ปี มีค่านิยม เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด ปลอดภัยจากยาเสพติด และปัญหาอบด้านที่พบในวัยรุ่นและเยาวชน เป็นการปลูกจิตสำนึกสร้างกระแสนิยมเพื่อ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในกลุ่มเยาวชน มีทะเบียนรายชื่อ ๓ ก. ๓ ย. (๓๐ คะแนน)</p> <p>๓.๑ สมาชิกจำนวน ร้อยละ ๖๐ = ๑๐ คะแนน</p> <p>๓.๒ สมาชิกจำนวน ร้อยละ ๗๐ = ๒๐ คะแนน</p> <p>๓.๓ สมาชิกจำนวน ร้อยละ ๘๐ = ๓๐ คะแนน</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูล ชมรมทั้ง ๓ Setting โดยเลขานุการชมรมของอำเภอ (สสอ.) ทุกแห่ง รายงาน การดำเนินงาน และติดตามผลการดำเนินงานทุกไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	ฐานประชากรในอำเภอ อายุ ๖-๒๔ ปี				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๗:	<table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	๖๐	๗๐	๘๐	๑๐๐		
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน								
๖๐	๗๐	๘๐	๑๐๐								
วิธีการประเมินผล :	<p>ชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอได้รับการประเมินตามยุทธศาสตร์ ๓ ก. ๓ ย. และมีผลการดำเนินงาน Best Practice หรือ นวัตกรรม และ จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ตามเกณฑ์ที่กำหนด ประเมินผลโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข</p> <table border="1"> <tr> <td>ระดับ ๑</td> <td>ระดับ ๒</td> <td>ระดับ ๓</td> <td>ระดับ ๔</td> <td>ระดับ ๕</td> </tr> <tr> <td>๔๐</td> <td>๕๐</td> <td>๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> </tr> </table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕							
๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐							
มาตรการ/กิจกรรม สำคัญ/แผนงาน / โครงการ	<p>ระดับจังหวัด/ ระดับอำเภอ/ ระดับตำบล</p> <p>๑. มาตรการป้องกันยาเสพติด</p> <p>๑.๑ โครงการ TO BE NUMBER ONE IDOL รุ่น ๑๓ เก่ง ดี มีความสุข เพื่อเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนมีต้นแบบใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และเพิ่มทักษะชีวิต</p> <p>๑.๒ โครงการประกวดชมรม TO BE NUMBER ONE จังหวัดนครราชสีมา ในการจัดกิจกรรมสร้างและขยายเครือข่ายชมรม TO BE NUMBER ONE ๓ setting ทั้งสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน</p> <p>๑.๓ Best Practice หรือ นวัตกรรม TO BE NUMBER ONE ของอำเภอ สามารถนำมาใช้ในการสร้างกระแสและดำเนินการในเชิงป้องกันปัญหาเสพติดในระดับอำเภอ</p> <p>๑.๔ ประชากรอายุ ๖-๒๔ ปีทุกคน เป็นสมาชิกอำเภอ TO BE NUMBER ONE หรือสมาชิกในชมรมทั้ง ๓ setting ตลอดจนร่วมกิจกรรมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับภาค และระดับประเทศ</p> <p>๒. มาตรการบริหารจัดการ</p> <p>๒.๑ ประชุมคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE จังหวัดนครราชสีมาและมอบนโยบายพร้อมแนวทางการดำเนินงานป้องกันโดยใช้กิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE จำนวน ๒ ครั้ง เน้นให้ทุก สสอ. เป็นพี่เลี้ยงให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมดำเนินการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE อำเภอ</p> <p>๒.๒ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ครบทุก setting</p> <p>๒.๓ สนับสนุนให้มีการคัดเลือกตัวแทนของแต่ละอำเภอในการประกวดอำเภอ TO BE NUMBER ONE</p>										
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งาน TO BE NUMBER ONE กลุ่มงานยาเสพติดและสุขภาพจิต										
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e- mail	<p>๑. ชื่อ-สกุล นางสาวสุนิศา โสภระโทก ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๖๙๖๕ ๔๖๑๕ E-mail : sunisasob@gmail.com</p> <p>๒. ชื่อ-สกุล นางสาวกิตติวรรณ อ้อยกลาง</p>										

	<p>ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๕๕๙๘ ๗๙๖๔ E-mail : noonokkitti@gmail.com</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๔ ๔๖๕ ๐๑๐ - ๔ ต่อ ๓๐๖ โทรสาร : ๐๔๔ ๔๖๕ ๐๒๑</p> <p>สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>
--	---

ตัวชี้วัดที่ ๑๖	ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (๓๕ ปีขึ้นไป)			
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๙๐)</p> <p>๒. ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง (≥ร้อยละ ๙๐)</p>			
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>๑๓.๑ การคัดกรองโรคเบาหวาน</p> <p>หมายถึง ประชากรที่มีสัญชาติไทย อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดตาม Type area 1,3 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโดยเจาะน้ำตาลในเลือด โดยวิธี เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (FCBG)หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำในตอนเช้า (FPG) ตามหลักการกองโรคไม่ติดต่อกำหนด จากแฟ้ม NCD Screen</p> <p>๑๓.๒ การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายถึง ประชากรที่มีสัญชาติไทย อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดตาม Type area 1,3 ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตจากแฟ้ม NCD Screen</p>			
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป			
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ	
			๒๕๖๔	๒๕๖๕
	๑๓.๑ ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ	๙๐.๒๖	๘๘.๗๙
	๑๓.๒ ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	๙๑.๗๘	๙๐.๕๔
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง (๓๕ ปีขึ้นไป) ประชากรสัญชาติไทย PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย) อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขต รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - ยึดข้อมูลรายงานจาก HDC			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑๓.๑ ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน			

	<p>A = จำนวนประชากร อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล Type area 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , Type area 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ ตามทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDSCREEN.BSLEVEL>=๕๐ mg/dl</p> <p>B = จำนวนประชากร อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล Type area 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , Type area 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ ตามทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน</p> <p>C = ร้อยละประชากร ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $C = \frac{A \times 100}{B}$ <p>๑๓.๒ ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>A = จำนวนประชากร อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล Type area 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , Type area 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ ตามทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = 9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิตจากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP_1>50 mmHg, NCDSCREEN.DBP_1>50 mmHg</p> <p>B = จำนวนประชากร อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ สัญชาติไทย สถานะบุคคล Type area 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , Type area 3 (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ ตามทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน</p> <p>C = ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $C = \frac{A \times 100}{B}$			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๗ (ประเมินแยกรายตัวชี้วัด)				
ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑๓.๑ ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน (>ร้อยละ ๙๐)	≥๙๐	≥๙๐	≥๙๐	≥๙๐

๑๓.๒ ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง(≥ร้อยละ ๙๐)	≥๙๐	≥๙๐	≥๙๐	≥๙๐		
เกณฑ์การให้คะแนน : ปี ๒๕๖๗ (ประเมินแยกรายตัวชี้วัด)						
ตัวชี้วัด	คะแนน	๐	๑	๒	๓	๔
๑๓.๑ ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน	รอบที่ ๑-๒	< ๗๐	๗๐-๗๔.๙๙	๗๕-๗๙.๙๙	๘๐-๘๔.๙๙	๘๕-๘๙.๙๙
๑๓.๒ ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	รอบที่ ๑-๒	< ๗๐	๗๐-๗๔.๙๙	๗๕-๗๙.๙๙	๘๐-๘๔.๙๙	๘๕-๘๙.๙๙
มาตรการที่สำคัญ	๑. สํารวจประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดการข้อมูลบัญชี ๑ ให้ถูกต้องเป็นปัจจุบัน ๒. คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ๓๕ ปีขึ้นไปตาม Type area 1,3 ให้แล้วเสร็จในไตรมาส ๑ ๓. สนับสนุนให้มีระบบเฝ้าระวัง ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลก่อนส่งออก ๔๓ แห่ง ๔. ส่งต่อข้อมูลกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรองในรูปแบบ ๓ หมอ สู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรักษา เน้นการดำเนินงานในรูปแบบโรงเรียนเบาหวาน					
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการ					
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/ E-mail	๑. นางสาวจนาพร ไทยจิตร ๒. นางสาววิภา ศิริสมบูรณ์ โทร. ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๕๕ E-mail : koratncd@gmail.com					

ตัวชี้วัดที่ ๑๗	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง
เกณฑ์เป้าหมาย	๑๗.๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๒) ๑๗.๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (≥ร้อยละ ๘๕)
ความหมาย/ คำนิยาม	๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๑. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ปีงบประมาณปัจจุบัน ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองและยังไม่ได้การวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน โดยวิธีการตรวจ ๒ วิธี ดังนี้ (๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หลังอดอาหาร มากกว่า ๘ ชั่วโมง หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำในตอนเช้า (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥๑๒๖ mg/dl

	<p>(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือด โดยที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ 100 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว หลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำในตอนเช้า หลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ 126 mg/dl ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (๒) ได้เลย</p> <p>๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัย โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG)ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p> <p>๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>๑. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง แล้วพบว่ามีความดันโลหิตอยู่ในกลุ่ม High normal (SBP ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณที่ผ่านมา</p> <p>๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน (วิธีที่ ๑) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน ๙๐ วัน (วิธีที่ ๒) ใช้ ๒ วิธีอย่างใดอย่างหนึ่ง ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชน และควรดำเนินการทำ HBPM อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของกลุ่มสงสัยป่วย หากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผล HBPM เป็นสำคัญ (เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP))</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง หรือสงสัยป่วย ให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง</p> <p>๒. เพื่อยืนยันกลุ่มสงสัยป่วยและได้รับการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>๓. เพื่อป้องกัน ควบคุมโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น</p>

ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรค DM	ร้อยละ	๖๓.๑๕	๗๐.๒๘	๖๓.๒๘
๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรค HT	ร้อยละ	๗๖.๓๑	๙๑.๗๓	๗๙.๔๒	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (Type area 1,3 และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)) ที่ ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ปีงบประมาณปัจจุบัน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (Type area 1,3 และ PERSON.DISCHARGE ="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)) ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็น กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณปัจจุบัน				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม - ยึดข้อมูลรายงานจาก HDC				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการ ตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ปีงบประมาณปัจจุบัน C = ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน <u>สูตรคำนวณ</u> $C = \frac{A \times 100}{B}$ ๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเอง ที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)				

	<p>ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม (ภายใน ๙๐ วัน)</p> <p>B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง</p> <p>C = ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $C = \frac{A \times 100}{B}$
--	--

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๗ (ประเมินแยกรายตัวชี้วัด)

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM (\geq ร้อยละ ๙๕)	≥ ๗๒	≥ ๗๒	≥ ๗๒	≥ ๗๒
๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย HT (\geq ร้อยละ ๘๕)	≥ ๘๕	≥ ๘๕	≥ ๘๕	≥ ๘๕

เกณฑ์การให้คะแนน : ปี ๒๕๖๗ (ประเมินแยกรายตัวชี้วัด)

ตัวชี้วัด	คะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM (\geq ร้อยละ ๗๒)	รอบที่ ๑-๒	< ๕๒	๕๒-๕๖.๙๙	๕๗-๖๑.๙๙	๖๒-๖๖.๙๙	๖๗-๗๑.๙๙	≥ ๗๒
๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย HT (\geq ร้อยละ ๘๕)	รอบที่ ๑-๒	< ๖๕	๖๕-๖๙.๙๙	๗๐-๗๔.๙๙	๗๕-๗๙.๙๙	๘๐-๘๔.๙๙	≥ ๘๕

มาตรการที่สำคัญ	<p>๑. ส่งเสริมการติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ครอบคลุม</p> <p>๒. สนับสนุน ส่งเสริม สื่อสาร รณรงค์ให้ประชาชนเข้าใช้บริการตรวจวัดสถานะสุขภาพด้วยตนเองผ่านสถานีสุขภาพ Health Station</p> <p>๓. ส่งเสริมให้ใช้งบประมาณในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยครอบคลุมทุกสิทธิการรักษา เน้นการดำเนินงานในรูปแบบโรงเรียนเบาหวาน</p> <p>๔. สนับสนุนและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายและหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง</p>
-----------------	---

กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการ
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/ E-mail	<p>๑. นางสาวจนาพร ไทยจิตร</p> <p>๒. นางสาววิภา ศิริสมบุญ</p> <p>โทร. ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๕๕</p> <p>E-mail : koratncd@gmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๘	<p>ร้อยละการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>๑๘.๑) CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)</p> <p>๑๘.๒) ร้อยละหน่วยบริการมีการคัดกรอง Atrial Fibrillation ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (\geq ร้อยละ ๖๐)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	คะแนน เต็ม ๕ คะแนน
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ร้อยละการดำเนินงานป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง การดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยอำเภอ มีการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทั้งสองข้อรวมกัน ร้อยละ ๘๐ คำนิยามที่เกี่ยวข้อง (ตัวชี้วัดย่อย)</p> <p>๑๘.๑) CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)</p> <p>หน่วยบริการราย CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนได้ทราบถึงสถานะสุขภาพได้ง่ายเป็นเบื้องต้น เพื่อให้เกิดความตระหนักในการสร้างสุขภาพที่ดีในอนาคตได้ ผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้มากที่สุด รวมถึงการสร้างกระแสความเสี่ยงในการกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วด้วยระบบ Alarm Alert Alive เช่น การแจกโปสเตอร์หรือแผ่นพับ เผื่อระวังสัญญาณการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ ติดป้ายเตือนภัยตามหมู่บ้านหรือศาลากลางหมู่บ้าน รวมถึงการสื่อสารทางหอกระจายข่าว เป็นต้น หรือมีการบูรณาการสื่อสารให้ประชาชนเข้ามาใช้บริการใน Health Station เพื่อทราบสถานะสุขภาพของตนเองได้เบื้องต้น โดยกิจกรรมทั้งหมดมีการดำเนินการอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปีงบประมาณ โดยต้องมีภาพถ่าย กิจกรรมรองรับ การดำเนินการดังกล่าว</p> <p>๑๘.๒) ร้อยละหน่วยบริการมีการคัดกรอง Atrial Fibrillation ในผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป</p> <p><i>การคัดกรอง AF</i> หมายถึง การตรวจคัดกรองโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป สามารถคัดกรองด้วยเครื่อง Pulse oximeter หรือด้วยการจับชีพจรได้ และหากตรวจพบความผิดปกติ ประชาชนต้องได้รับการส่งต่อพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาต่อไป</p> <p><i>ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป</i> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และมีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (Type area 1,3)</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อค้นหาและลดภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง AF ของผู้ป่วย DM/HT ๒. เพื่อลดป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจาก AF ของผู้ป่วย DM/HT ๓. เพื่อให้การดำเนินงานควบคุมดูแล รักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนให้มีคุณภาพ ๔. เพื่อให้ประชาชนทราบถึงอาการของโรคหลอดเลือดสมอง/หัวใจ ๕. เพื่อให้ประชาชนที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพื่อการรักษาได้รวดเร็วและทันเวลา

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="488 219 1026 271">Baseline data</th> <th data-bbox="1026 219 1166 271">ปี ๒๕๖๔</th> <th data-bbox="1166 219 1307 271">ปี ๒๕๖๕</th> <th data-bbox="1307 219 1453 271">ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="488 271 1026 416">๑) CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)</td> <td data-bbox="1026 271 1166 416">NA</td> <td data-bbox="1166 271 1307 416">NA</td> <td data-bbox="1307 271 1453 416">NA</td> </tr> <tr> <td data-bbox="488 416 1026 562">๒) ร้อยละหน่วยบริการมีการคัดกรอง Atrial Fibrillation ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (\geq ร้อยละ ๖๐)</td> <td data-bbox="1026 416 1166 562">๗๖.๑๙</td> <td data-bbox="1166 416 1307 562">๗๗.๑๒</td> <td data-bbox="1307 416 1453 562">NA</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	๑) CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)	NA	NA	NA	๒) ร้อยละหน่วยบริการมีการคัดกรอง Atrial Fibrillation ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (\geq ร้อยละ ๖๐)	๗๖.๑๙	๗๗.๑๒	NA											
Baseline data	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖																					
๑) CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)	NA	NA	NA																					
๒) ร้อยละหน่วยบริการมีการคัดกรอง Atrial Fibrillation ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (\geq ร้อยละ ๖๐)	๗๖.๑๙	๗๗.๑๒	NA																					
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>ข้อ ๑๘.๑) ประชากรในพื้นที่ของเขตรับผิดชอบในหน่วยบริการราย CUP</p> <p>ข้อ ๑๘.๒)</p> <ol style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ (PERSON.TYPE AREA IN “1”, “3”) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (I10-I15) ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ (PERSON.TYPE AREA IN “1”, “3”) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ 																							
แหล่งข้อมูล	ผลการดำเนินงานในพื้นที่โดยดูจากหลักฐาน/รายงาน ตามที่กำหนด																							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการจัดส่งของหน่วยบริการในพื้นที่																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>๑๘.๑) CUP มีการดำเนินการสื่อสารเตือนภัยป้องกันหลอดเลือดสมอง/หัวใจ (Alarm Alert Alive) (อย่างน้อย ๑ ครั้ง)</p> <p>มีการดำเนินการ = ๕ คะแนน ไม่มีการดำเนินการ = ๐ คะแนน</p> <p>๑๘.๒) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง AF (\geq ร้อยละ ๖๐)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $C = (B \times 100) / A$ </div> <p>A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงทั้งหมด ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการคัดกรอง AF</p> <p>C = ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง AF</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th data-bbox="453 1751 683 1937" rowspan="2">ผลการดำเนินงาน</th> <th colspan="7" data-bbox="683 1751 1460 1832">คะแนนที่ได้</th> </tr> <tr> <th data-bbox="683 1832 775 1937">รอบที่</th> <th data-bbox="775 1832 868 1937">๐</th> <th data-bbox="868 1832 960 1937">๑</th> <th data-bbox="960 1832 1053 1937">๒</th> <th data-bbox="1053 1832 1145 1937">๓</th> <th data-bbox="1145 1832 1238 1937">๔</th> <th data-bbox="1238 1832 1460 1937">๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="453 1937 683 2038">ผู้ป่วย DM/HT ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป</td> <td data-bbox="683 1937 775 2038">๑</td> <td data-bbox="775 1937 868 2038"><๕</td> <td data-bbox="868 1937 960 2038">๕-๙.๙๙</td> <td data-bbox="960 1937 1053 2038">๑๐-๑๙.๙๙</td> <td data-bbox="1053 1937 1145 2038">๒๐-๒๙.๙๙</td> <td data-bbox="1145 1937 1238 2038">๓๐-๓๙.๙๙</td> <td data-bbox="1238 1937 1460 2038">≥ ๔๐</td> </tr> </tbody> </table>	ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้							รอบที่	๐	๑	๒	๓	๔	๕	ผู้ป่วย DM/HT ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๑	<๕	๕-๙.๙๙	๑๐-๑๙.๙๙	๒๐-๒๙.๙๙	๓๐-๓๙.๙๙	≥ ๔๐
ผลการดำเนินงาน	คะแนนที่ได้																							
	รอบที่	๐	๑	๒	๓	๔	๕																	
ผู้ป่วย DM/HT ในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๑	<๕	๕-๙.๙๙	๑๐-๑๙.๙๙	๒๐-๒๙.๙๙	๓๐-๓๙.๙๙	≥ ๔๐																	

<p>ไปได้รับการคัดกรอง AF (\geq ร้อยละ ๖๐)</p>	<p>๒</p>	<p><๒๐</p>	<p>๒๐-๒๙.๙๙</p>	<p>๓๐-๓๙.๙๙</p>	<p>๔๐-๔๙.๙๙</p>	<p>๕๐-๕๙.๙๙</p>	<p>≥ ๖๐</p>														
<p>จากนั้น นำคะแนนข้อย่อย ๑๙.๑ และ ๑๙.๒ มาคิดค่าเฉลี่ยรวม เพื่อวัดข้อ ๑๙ ร้อยละการดำเนินงาน = $\frac{\text{คะแนนผลการดำเนินงานที่ได้จาก ข้อ 19.1 + ข้อ 19.2}}{2}$</p>																					
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">คะแนนประเมิน รอบ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๐-๐.๙๙ คะแนน</td> <td style="text-align: center;">= ๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๑-๑.๙๙ คะแนน</td> <td style="text-align: center;">= ๑ คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๒-๒.๙๙ คะแนน</td> <td style="text-align: center;">= ๒ คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๓-๓.๙๙ คะแนน</td> <td style="text-align: center;">= ๓ คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๔-๔.๙๙ คะแนน</td> <td style="text-align: center;">= ๔ คะแนน</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๕ คะแนน</td> <td style="text-align: center;">= ๕ คะแนน</td> </tr> </table>							คะแนนประเมิน รอบ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗		๐-๐.๙๙ คะแนน	= ๐ คะแนน	๑-๑.๙๙ คะแนน	= ๑ คะแนน	๒-๒.๙๙ คะแนน	= ๒ คะแนน	๓-๓.๙๙ คะแนน	= ๓ คะแนน	๔-๔.๙๙ คะแนน	= ๔ คะแนน	๕ คะแนน	= ๕ คะแนน
คะแนนประเมิน รอบ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗																					
๐-๐.๙๙ คะแนน	= ๐ คะแนน																				
๑-๑.๙๙ คะแนน	= ๑ คะแนน																				
๒-๒.๙๙ คะแนน	= ๒ คะแนน																				
๓-๓.๙๙ คะแนน	= ๓ คะแนน																				
๔-๔.๙๙ คะแนน	= ๔ คะแนน																				
๕ คะแนน	= ๕ คะแนน																				
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>งานเบาหวานและความดันโลหิตสูง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการ</p>																				
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail</p>	<p>นายพชร พิระพัฒน์พงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๖๕ email : koratncd@gmail.com</p>																				

<p>ตัวชี้วัดที่ ๑๙</p>	<p>ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>๑๙.๑ ร้อยละ ๙๐ ของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ๑๙.๒ ร้อยละ ๗๐ ของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๑๙.๓ ร้อยละ ๕๕ ของประชากรเพศชายและหญิง (อายุ ๕๐-๗๐ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง</p>
<p>ความหมาย/คำนิยาม</p>	<p>๑) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง หมายถึง สตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ๒) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็ง</p>

	<p>ปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจแนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี</p> <p>การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโน ที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจ ไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากร กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้งในรอบ ๒ ปีงบประมาณ</p>																							
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้เกิดขบวนการขับเคลื่อนระบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง</p> <p>๒. เพื่อลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคมะเร็ง</p> <p>๓. เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ ผู้ป่วยได้รับบริการรักษาได้ทันเวลา</p>																							
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<table border="1" data-bbox="467 992 1476 1308"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>ปี๒๕๖๔</th> <th>ปี๒๕๖๕</th> <th>ปี๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งเต้านม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๘๙.๑๔</td> <td>๘๙.๑๔</td> <td>๘๓.๒๐</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๘.๙๗</td> <td>๗.๑๑</td> <td>๓๓.๑๔</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ไส้ตรง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๗.๕๖</td> <td>๖.๘๑</td> <td>๔๘.๒๕</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖	ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ	๘๙.๑๔	๘๙.๑๔	๘๓.๒๐	ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	๘.๙๗	๗.๑๑	๓๓.๑๔	ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ไส้ตรง	ร้อยละ	๗.๕๖	๖.๘๑	๔๘.๒๕
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																				
		ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖																				
ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งเต้านม	ร้อยละ	๘๙.๑๔	๘๙.๑๔	๘๓.๒๐																				
ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	๘.๙๗	๗.๑๑	๓๓.๑๔																				
ร้อยละของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ ไส้ตรง	ร้อยละ	๗.๕๖	๖.๘๑	๔๘.๒๕																				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3 ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม</p> <p>๒. ประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3 ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>๓. ประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3 ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fit test</p>																							
แหล่งข้อมูล	<p>๑.จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)</p> <p>๒.จากระบบรายงาน HPVxs2020 (http://hpv.nci.go.th)</p> <p>๓.จากข้อมูลทะเบียนรายงานการส่องกล้อง Colposcopy และ Colonoscopy (รายเดือน)</p>																							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑.จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3</p> <p>๒.จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม</p> <p>๓.จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3</p> <p>(*ตามเป้าหมายรายปี *)</p>																							

	<p>๔. จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>๕. จำนวนประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3 (*ตามเป้าหมายรายปี *)</p> <p>๖. จำนวนประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง</p> <p><u>การบันทึกข้อมูล</u></p> <p>๑. การคัดกรองมะเร็งเต้านม บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC)</p> <p>๒. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC) และโปรแกรม HPVcxS2020 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</p> <p>๓. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC)</p>
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>๑. ประชากรสตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $\frac{(A \times 100)}{B}$ </div> <p>A = จำนวนผลงาน สตรีไทย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมตนเองด้วยวิธี BSE</p> <p>B = จำนวนเป้าหมาย ประชากรสตรีไทย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3</p> <p>๒. ประชาชนสตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> $\frac{(A \times 100)}{B}$ </div> <p>A = จำนวนผลงาน ประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <p>B = จำนวนเป้าหมาย ประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี (เป้าหมายตามรายปี)</p> <p>เป้าหมายตามรายปี : ประมาณตัวเลข ๗๐% ของประชากรหญิงอายุ ๓๐-๖๐ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3 หารด้วย 5</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>ตัวอย่างการคิดเป้าหมายรายปี : การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประชากรหญิงอายุ ๓๐-๖๐ ปี ทุกสิทธิ์การรักษา type area 1,3 มีทั้งหมดจำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน ๗๐% ของ ๑๐๐,๐๐๐ คน = ๗๐,๐๐๐ คน</p> <p>จากข้อความข้างต้น ๗๐% ของประชากรหญิงอายุ ๓๐-๖๐ ปี ทุกสิทธิ์การรักษา</p> <p>หารด้วย ๕</p> <p>= ๗๐,๐๐๐ ÷ ๕ จะได้ค่าเป้าหมายตามรายปี ๑๔,๐๐๐ คน</p> </div>

**** ตัวอย่างการคำนวณตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก****

A = ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ทำผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (HPV + Pap Smear + VIA) จำนวน ๙,๐๐๐ คน

B = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายรายปี) จำนวน ๑๔,๐๐๐ คน

คิดเป็น $(9,000 \times 100) \div 14,000 =$ ร้อยละ ๖๔.๒๘

๓. ประชากรเพศชายและหญิง (อายุ ๕๐-๗๐ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

$$\frac{(A \times 100)}{B}$$

A = จำนวนผลงาน ประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

B = จำนวนเป้าหมาย ประชากรเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ (เป้าหมายตามรายปี)

เป้าหมายรายปี : ประมาณการจาก ๑๐% ของประชากรอายุ ๕๐- ๗๐ ปีในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ ทุกสิทธิ์รักษา type area 1,3

ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายรายปี: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชากรอายุ ๕๐- ๗๐ ปีทุกสิทธิ์การรักษา type area 1,3 มีทั้งหมดจำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน ๑๐% ของ ๑๐๐,๐๐๐ คน = ๑๐,๐๐๐ คน

*** ตัวอย่างการคำนวณตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง ***

A = ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ทำผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน ๕,๐๐๐ คน

B = ประชากรเป้าหมาย (เป้าหมายตามรายปี) จำนวน ๑๐,๐๐๐ คน

คิดเป็น $(5,000 \times 100) \div 10,000 =$ ร้อยละ ๕๐.๐๐

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๖

ปี ๒๕๖๗	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ร้อยละ ๙๐ ของประชากรสตรี กลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง BSE	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๐
๒. ร้อยละ ๗๐ ของประชาชนสตรี กลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐
๓. ร้อยละ ๕๕ ของประชากรเพศชายและหญิง (อายุ ๕๐-๗๐ ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๕	≥ ร้อยละ ๕๕

กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบ	งานมะเร็ง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา		
ผู้ประสานงานเบอร์ โทร	ชื่อ นางธณัศมณท์ ภาณุพรพงษ์	โทรศัพท์ ๐๙๕ ๕๔๓ ๕๑๔๓	
e-mail	ชื่อ นายจักรกฤษณ์ มงคลสวัสดิ์	โทรศัพท์ ๐๘๓ ๘๒๘ ๙๕๘๘	
	ชื่อ นางสาวสุภาวดี มุ่งเขตกลาง	โทรศัพท์ ๐๘๓ ๗๒๔ ๗๖๗๕	
	ชื่อ นายธนากร ทะแพงพันธุ์	โทรศัพท์ ๐๘๘ ๕๕๕ ๓๓๘๘	
	โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ - ๔ ต่อ ๔๕๕ E-mail : Cakorat๒๐๑๖@gmail.com		

ตัวชี้วัดที่ ๒๐	ร้อยละของผู้ที่ผ่านระบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ได้รับการส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยรักษา
เกณฑ์เป้าหมาย	๒๐.๑ ร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy ๒๐.๒ ร้อยละ ๕๕ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>๑) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> •ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ ๑๖ และหรือ ๑๘ หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่งกล้อง(Colposcopy) •ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น <p>หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื่อมตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ</p> <p>≥ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน ๑ ปีที่โรงพยาบาล</p> <p>๒) การส่งกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่งกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p> <p>***ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย</p> <p>สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้</p> <p>๓) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง (อายุ ๕๐-๗๐ ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ</p> <p>การส่งกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่งกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น</p>

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง				
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖
	ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	ร้อยละ	N	N	๕๙.๖๓ (๖๕๔/๓๙๐)
	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ร้อยละ	N	N	๑๑๐.๐๗ (๒,๖๗๖/๒,๙๖๓)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ประชากรสตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>๒. ประชากรกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง (อายุ ๕๐-๗๐ ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fit test มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>๑.จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)</p> <p>๒.จากระบบรายงาน HPVcx๒020 (http://hpv.nci.go.th)</p> <p>๓.จากข้อมูลทะเบียนรายงานการส่องกล้อง Colposcopy และ Colonoscopy (รายเดือน)</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑.จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ</p> <p>๒.จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>๓.จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ</p> <p>๔.จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>การบันทึกข้อมูล</p> <p>๑. ผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC) และทะเบียนรายงานการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษามะเร็ง ระดับโรงพยาบาล</p> <p>๒.ผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC) และทะเบียนรายงานการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษามะเร็ง ระดับโรงพยาบาล</p>				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>๑. ประชากรสตรีไทยกลุ่มเป้าหมาย ของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block; text-align: center;"> <p>(A X 100)</p> <p>B</p> </div>				

	<p>A = จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</p> <p>B = จำนวนประชากรสตรีไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ</p> <p>๒. ประชากรกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง ของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> $\frac{(A \times 100)}{B}$ </div> <p>A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายเพศชายและหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ</p>															
<p>เกณฑ์ การให้คะแนน</p>	<p>เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๗</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</th> <th style="width: 12.5%;">รอบ ๓ เดือน</th> <th style="width: 12.5%;">รอบ ๖ เดือน</th> <th style="width: 12.5%;">รอบ ๙ เดือน</th> <th style="width: 12.5%;">รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๐.๑ ร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>> ร้อยละ ๗๐</td> <td>> ร้อยละ ๗๐</td> </tr> <tr> <td>๒๐.๒ ร้อยละ ๕๕ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>> ร้อยละ ๕๕</td> <td>> ร้อยละ ๕๕</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	๒๐.๑ ร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	-	-	> ร้อยละ ๗๐	> ร้อยละ ๗๐	๒๐.๒ ร้อยละ ๕๕ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	-	-	> ร้อยละ ๕๕	> ร้อยละ ๕๕
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน												
๒๐.๑ ร้อยละ ๗๐ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	-	-	> ร้อยละ ๗๐	> ร้อยละ ๗๐												
๒๐.๒ ร้อยละ ๕๕ ของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	-	-	> ร้อยละ ๕๕	> ร้อยละ ๕๕												
<p>กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ</p>	<p>งานมะเร็ง กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและผู้พิการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>															
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail</p>	<p>ชื่อ นางธณัฏฐมณฑต์ ภาณุพรพงษ์ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๕๔๓ ๕๑๔๓</p> <p>ชื่อ นางสาวสุภาวดี มุ่งเขตกลาง โทรศัพท์ ๐๘๓ ๗๒๔ ๗๖๗๕</p> <p>ชื่อ นายธนากร ทะแพงพันธ์ุ โทรศัพท์ ๐๘๘ ๕๙๕ ๓๓๘๘</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ - ๔ ต่อ ๔๕๕ E-mail : Cakorat2016@gmail.com</p>															

<p>ตัวชี้วัดที่ ๒๑</p>	<p>อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการดำเนินงาน NCDs อย่างเป็นระบบ (ครบวงจร)</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>ร้อยละ ๑๐๐</p>
<p>ความหมาย/นิยาม</p>	<p>มีผู้วางระบบและขอบเขตการดำเนินงานด้านโรค NCDs ระดับอำเภอ (Project Manager) และ ผู้ประสานงาน Co-ordinator ด้านโรค NCDs ระดับอำเภอ เพื่อการวางระบบ ด้านการ ค้นหา กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษา พร้อมทั้งจัดทำ หรือร่วมออกแบบ ระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับงาน NCDs ตามแนวทางที่สำนักงานสาธารณสุขจัดให้ เพื่อแจ้งต่อ ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่</p>

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อค้นหาความเสี่ยง กลุ่มป่วยโรค NCDs ที่เกี่ยวข้องกับงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้ครอบคลุม ในพื้นที่</p> <p>๒. เพื่อเกิดการวางระบบการทำงานและประสานงาน ที่ชัดเจน มีความเป็นระบบ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติงานได้โดยไม่ติดขัด</p> <p>๓. มีระบบการส่งต่อเพื่อวินิจฉัย หรือรักษาที่ชัดเจนและรวดเร็ว ลดโอกาสการเสียชีวิตและพิการได้</p> <p>๔. ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณสุข ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับโรค NCDs ได้อย่างทั่วถึง</p> <p>๕. มีระบบ ควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงาน โดย Project Manager และ Co-ordinator</p>								
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1" data-bbox="459 667 1469 824"> <thead> <tr> <th data-bbox="459 667 1007 719">ผลงาน</th> <th data-bbox="1011 667 1161 719">ปี ๒๕๖๔</th> <th data-bbox="1166 667 1316 719">ปี ๒๕๖๕</th> <th data-bbox="1321 667 1469 719">ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="459 725 1007 824">อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการดำเนินงาน NCDs อย่างเป็นระบบ (ครบวงจร)</td> <td data-bbox="1011 725 1161 824">NA</td> <td data-bbox="1166 725 1316 824">NA</td> <td data-bbox="1321 725 1469 824">NA</td> </tr> </tbody> </table>	ผลงาน	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการดำเนินงาน NCDs อย่างเป็นระบบ (ครบวงจร)	NA	NA	NA
ผลงาน	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖						
อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการดำเนินงาน NCDs อย่างเป็นระบบ (ครบวงจร)	NA	NA	NA						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่								
แหล่งข้อมูล	ผลการดำเนินงานในพื้นที่โดยดูจากหลักฐาน/รายงาน ตามที่กำหนด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการจัดส่งของพื้นที่								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-								
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	<p><u>เกณฑ์การให้คะแนน</u></p> <table border="1" data-bbox="488 1153 1457 1317"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="488 1153 1457 1205">การประเมินรอบ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</th> </tr> <tr> <th data-bbox="488 1211 971 1263">มีการดำเนินการ (ข้อละ ๑ คะแนน)</th> <th data-bbox="976 1211 1457 1263">ไม่มีการดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="488 1270 971 1317">๕</td> <td data-bbox="976 1270 1457 1317">๐</td> </tr> </tbody> </table>	การประเมินรอบ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗		มีการดำเนินการ (ข้อละ ๑ คะแนน)	ไม่มีการดำเนินการ	๕	๐		
การประเมินรอบ ๑-๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗									
มีการดำเนินการ (ข้อละ ๑ คะแนน)	ไม่มีการดำเนินการ								
๕	๐								
มาตรการที่สำคัญ	<p>๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ระดับอำเภอ(และหรือตำบล) โดยมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการ</p> <p>๒. มีบทบาทหน้าที่กำหนดชัดเจน และปฏิบัติบทบาทหน้าที่ ตามที่กำหนด โดยมีกิจกรรม/โครงการ ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของอำเภอ อย่างชัดเจน</p> <p>๓. สนับสนุน สถานที่/อุปกรณ์ (ประสานงาน/แสวงหา หน่วยสนับสนุน ฯลฯ)</p> <p>๔. ดำเนินการประสานงานร่วมกับโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อที่ชัดเจน เช่น เป็น Project manager หรือ Co-ordinator ในการประสานการส่งต่อ / รักษา กลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย ด้านโรคไม่ติดต่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น มะเร็ง ไต เป็นต้น</p> <p>๕. เป็นผู้ประสานงานระหว่าง ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</p>								

กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ และผู้พิการ
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/ E-mail	๑. น.ส.วิภา ศิริสมบูรณ์ ๒. นางสาวสุภาวดี มุ่งเขตกลาง ๓. นางธณัศมณธ์ ภาณุพรพงษ์ ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๕๕ E-mail : koratncd@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๒๒	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีต่อจำนวนประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกิน ๒๑ ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน
ความหมาย/ คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ : ๓๔.๘ ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ : ๓๒.๔๐ ต่อพันประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ : ๒๔.๐๔ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ : ๑๙.๙๐ ต่อพันประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)
แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูล ๑ ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย แหล่งข้อมูล ๒ ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (จากแฟ้ม Labor) คู่อข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN) รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Typearea = 1,3)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ที่ ๑	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากระบบ HDC = (A/B) X 1,000
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ที่ ๒	AxB
	รายการข้อมูล ๓ (adjusted) A : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B : อัตราการคลอดในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี)
เกณฑ์การให้ คะแนน	ไตรมาสที่ ๑ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๑ ปี ๒๕๖๖ X ๔ ไตรมาสที่ ๒ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๗ X ๔/๒ ไตรมาสที่ ๓ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๓ ปี ๒๕๖๗ X ๔/๓ ไตรมาสที่ ๔ = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ ๔
ระยะเวลา ประเมินผล	๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ทุก ๓ เดือน ≥ ๒๕ ต่อพันประชากรหญิง = ๑ คะแนน ๒๓-๒๔ ต่อพันประชากรหญิง = ๒ คะแนน ๒๑-๒๒ ต่อพันประชากรหญิง = ๓ คะแนน ๑๙-๒๐ ต่อพันประชากรหญิง = ๔ คะแนน ≤ ๑๙ ต่อพันประชากรหญิง = ๕ คะแนน
มาตรการที่สำคัญ	๑.จัดบริการเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้อนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น ระดับจังหวัด - ขับเคลื่อนเป็นนโยบายหลักภาคการศึกษา โดย สำนักงานศึกษาธิการจังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการจัดการเรียนรู้ วางระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อบริการสุขภาพ/จิตวิทยาสังคม ติดตามกำกับและประเมินผล - จัดทำ Application Teen Club เพื่อส่งเสริมบริการอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น - ประชาสัมพันธ์ Application Teen Club ระดับอำเภอและตำบล - ให้ความร่วมมือวิทยากรระดับอำเภอ/ตำบล - ประชาสัมพันธ์ Application Teen Club ๒.จัดบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงบริการด้านสังคมและการศึกษา ระดับจังหวัด -พัฒนาเครือข่ายระบบบริการ “คลินิกวัยรุ่น” ในโรงพยาบาลภาครัฐ/เอกชน -วางระบบการส่งต่อบริการด้านสังคมและการศึกษา

	<p>- ออกแบบการสื่อสารความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานผ่านระบบ Social Network</p> <p>ระดับอำเภอ/ตำบล</p> <p>- จัดระบบบริการ “คลินิกวัยรุ่น” ในหน่วยบริการ โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบริการด้านให้คำปรึกษา วางแผนคุมกำเนิดการดูแลเมื่อตั้งครรภ์และคลอด ส่งต่อบริการด้านสังคม การศึกษาและการยุติการตั้งครรภ์</p> <p>๓. จัดระบบช่วยเหลือเมื่อเผชิญปัญหาด้านสังคม การศึกษาและการยุติการตั้งครรภ์ระดับจังหวัด</p> <p>- ขับเคลื่อนเป็นนโยบายหลักสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครราชสีมา เพื่อเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อบริการสุขภาพ/จิตวิทยาสังคม ติดตามกำกับและประเมินผล และบูรณาการงาน OSCC1300 ระดับอำเภอ/ตำบล</p> <p>- จัดบริการบูรณาการงาน OSCC1300</p> <p>๔. จัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการหน่วยงานหลัก ภายใต้ยุทธศาสตร์ตามพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>- จัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการหน่วยงานหลัก(ศึกษา พัฒนาสังคมฯ สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และท้องถิ่นจังหวัด) ปี๒๕๖๕-๒๕๖๙</p> <p>- หน่วยงานถ่ายทอดแผนปฏิบัติการบูรณาการฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๙ แก่หน่วยบริการและหน่วยงานในสังกัด เพื่อบรรจุแผนงานเข้ากับแผนพัฒนาบริการและแผนพัฒนาท้องถิ่น</p> <p>ระดับอำเภอ</p> <p>- รายงานผลการดำเนินงานในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พชอ. ปีละ ๒ ครั้ง</p> <p>ระดับตำบล</p> <p>- จัดทำแผนปฏิบัติการฯ เพื่อของบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล</p> <p>๕. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ตามพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.๒๕๕๙</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>- ดูแลคุณภาพข้อมูลในระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- ออกแบบชุดเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินงานฯตามแผนปฏิบัติการ</p> <p>- เก็บข้อมูลประเมินผลและจัดทำรายงาน</p> <p>- จัดการถอดบทเรียน</p> <p>ระดับอำเภอ/ระดับตำบล</p> <p>- ดูแลคุณภาพข้อมูลในระบบ HDC เก็บข้อมูลประเมินผลและจัดทำรายงาน</p>
--	---

	-จัดการถอดบทเรียนและสร้างนวัตกรรม
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	๑. นายภัทร ศรีศศิธร ๐๘ ๑๒๖๕ ๕๖๐๔ e-mail Aujiwa1835@gmail.com ๒. นายศิวัชยุทธ สิงห์ปรุ ๐๘ ๑๙๙๙ ๐๒๒๗ e-mail siwasing@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๒๓	ระดับความสำเร็จของการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Management)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>๑. โรคและภัยสุขภาพ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประกอบด้วย ๕ ชนิด คือ ภัยจากโรคติดต่อเชื้อ (Biological Event) ภัยจากสารเคมี (Chemical Event) ภัยจากรังสี (Radiological Event) ภัยจากธรรมชาติ (Natural/Environment/Disaster Event) และภัยจากอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ และการก่อการร้าย/วินาศกรรม (Explosion / Trauma Event)</p> <p>๒. ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง เหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพซึ่งมีลักษณะเข้าได้กับเกณฑ์อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ประการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรง ๒. เป็นเหตุการณ์ที่ผิดปกติหรือไม่เคยพบมาก่อน ๓. มีโอกาสที่จะแพร่ไปสู่พื้นที่อื่น ๔. ต้องจำกัดการเคลื่อนที่ของผู้คนหรือสินค้า <p>๓. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) หมายถึง กระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของการจัดการเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่ การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System: ICS) สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว ๓.๒ การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) หมายถึง กระบวนการกำหนดลักษณะขนาด หรือขอบเขต ของความเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ภัยที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินสถานะการเปิดรับต่อความเสี่ยง ความเปราะบาง ศักยภาพ ในการรับมือของชุมชนที่อาจเป็นอันตราย และคาดการณ์ผลกระทบต่อชีวิตทรัพย์สิน การดำรงชีวิตและสิ่งแวดล้อม เป็นการวิเคราะห์

	<p>ความน่าจะเป็นในการเกิดผลกระทบจากภัยในพื้นที่หนึ่ง ๆ มีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อจัดการความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ</p> <p>๓.๓ การวิเคราะห์ความเสี่ยง (Risk Analysis) เป็นกระบวนการเพื่อทำความเข้าใจใน ระดับของความเสี่ยง หรือ ผลกระทบทางลบที่เกิดจากภัย การวิเคราะห์ความเสี่ยงเป็นขั้นตอน ต่อเนื่องมาจากการระบุความเสี่ยง โดยเป็นการนำผลของการประเมินภัย ความถี่ ความเปราะบาง และศักยภาพ มาประมวลรวมกันเพื่อประมาณระดับความเสียหาย ความ สูญเสีย หรือผลกระทบจากสถานการณ์ เช่น ความเสียหายต่อทรัพย์สิน การสูญเสียชีวิต โดย พิจารณาจากการประเมินโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง (Likelihood) และผลกระทบ หรือ ผลกระทบที่ตามมา (Impact หรือ Consequence) ต่อการบรรลุวัตถุประสงค์หรือเป้าหมาย ของส่วนงานหรือหน่วยงานภายในส่วนงาน</p> <p>๓.๔ แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัย สุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการดำเนินการที่ ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่า การปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓.๕ แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning: BCP) หมายถึง แผนเตรียม ความพร้อมองค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์ฉุกเฉินทั้งโรค ภัยสุขภาพ และสาธารณสุขใน การป้องกันและตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น สามารถขับเคลื่อน การดำเนินงานตามภารกิจขององค์กรได้ตามแผนการดำเนินงาน สำหรับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ Operational plan</p> <p>๔. การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัย สุขภาพที่สำคัญของอำเภออย่างน้อย ๑ ภัย</p> <p>๕. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team: SRRT) ระดับอำเภอ/ตำบล หมายถึง ทีม SRRT ระดับอำเภอ ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง สอบสวน และ ควบคุมโรค/ภัยสุขภาพ ได้ตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (IHR๒๐๐๕)</p>			
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้</p> <p>๒. เพื่อให้ ทีม SRRT อำเภอผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานจากสำนักงานป้องกันควบคุม โรค ๙ นครราชสีมา และคงสภาพมาตรฐานได้</p>			
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	
	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๓๒ อำเภอ			
แหล่งข้อมูล	<p>๑. ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานหน่วยงานระดับอำเภอ</p> <p>๒. ผลการประเมินรับรองมาตรฐาน SRRT จาก สคร. ๙ นครราชสีมา</p> <p>๓. รายงานสอบสวนโรค / และภัยสุขภาพตามเกณฑ์</p>			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก ๓๒ อำเภอ ๒. ฐานข้อมูล ๕๐๖ ๓. รายงานการสอบสวนโรค																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A/B) \times 100$ (A คือ จำนวนอำเภอที่มีการซ้อมแผน B คือ จำนวนอำเภอทั้งหมด ๓๒ อำเภอ) ๒. ระดับผลการประเมิน มาตรฐาน SRRT จาก สคร. ๙ นครราชสีมา ๓. จำนวนรายงานสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ (ฉบับ)																														
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>หน่วยงานระดับอำเภอมีการเตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือความเสี่ยงในพื้นที่ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="427 826 1490 1783"> <thead> <tr> <th data-bbox="427 826 491 1077">ที่</th> <th data-bbox="491 826 1174 1077">เกณฑ์การให้คะแนน</th> <th data-bbox="1174 826 1331 1077">ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ.</th> <th data-bbox="1331 826 1490 1077">ประเมินครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="427 1077 491 1216">๑</td> <td data-bbox="491 1077 1174 1216">มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพพร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ</td> <td data-bbox="1174 1077 1331 1216">๑</td> <td data-bbox="1331 1077 1490 1216">๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1216 491 1267">๒</td> <td data-bbox="491 1216 1174 1267">ผู้บริหารระดับผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100</td> <td data-bbox="1174 1216 1331 1267">๑</td> <td data-bbox="1331 1216 1490 1267">๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1267 491 1453">๓</td> <td data-bbox="491 1267 1174 1453">จัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการ(BCP) รองรับโรคและภัยสุขภาพจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพของอำเภอ</td> <td data-bbox="1174 1267 1331 1453">๑</td> <td data-bbox="1331 1267 1490 1453">๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1453 491 1588">๔</td> <td data-bbox="491 1453 1174 1588">มีการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ โรคหรือภัยสุขภาพ</td> <td data-bbox="1174 1453 1331 1588">๑</td> <td data-bbox="1331 1453 1490 1588">๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="427 1588 491 1727">๕</td> <td data-bbox="491 1588 1174 1727">ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอรับการประเมินมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ระดับพื้นฐาน</td> <td data-bbox="1174 1588 1331 1727">๑</td> <td data-bbox="1331 1588 1490 1727">๑</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="427 1727 1174 1783">คะแนน</td> <td data-bbox="1174 1727 1331 1783">๕</td> <td data-bbox="1331 1727 1490 1783">๕</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="427 1783 1490 1924">*ผู้บริหารระดับอำเภอ หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง, รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกตำแหน่งรวมบริหาร, หัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลทุกคน, สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ</p>			ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ.	ประเมินครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ.	๑	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพพร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ	๑	๑	๒	ผู้บริหารระดับผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100	๑	๑	๓	จัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการ(BCP) รองรับโรคและภัยสุขภาพจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพของอำเภอ	๑	๑	๔	มีการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ โรคหรือภัยสุขภาพ	๑	๑	๕	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอรับการประเมินมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ระดับพื้นฐาน	๑	๑	คะแนน		๕	๕
ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ.	ประเมินครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ <input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ.																												
๑	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพพร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ	๑	๑																												
๒	ผู้บริหารระดับผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100	๑	๑																												
๓	จัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการ(BCP) รองรับโรคและภัยสุขภาพจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพของอำเภอ	๑	๑																												
๔	มีการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ โรคหรือภัยสุขภาพ	๑	๑																												
๕	ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับอำเภอรับการประเมินมาตรฐานตามแนวทางกรมควบคุมโรค ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ ระดับพื้นฐาน	๑	๑																												
คะแนน		๕	๕																												
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา																														

ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	ผู้ประสานงานตัวชี้วัด ๑. นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมมาศ โทร ๐๔๔ ๔๖๕ ๐๑๐-๔ ต่อ ๔๑๘ email :eockorat.ssj@gmail.com ๒. นางสาวศิริมล พุฒชู โทร ๐๔๔ ๔๖๕ ๐๑๐-๔ ต่อ ๔๑๘ email: eockorat.ssj@gmail.com ๓. นายเอกรัฐ ฌรงคสรระน้อย โทร ๐๙๑-๐๑๒๙๔๙๔ email: ekka56@gmail.com
----------------------------------	--

ตัวชี้วัดที่ ๒๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ความครอบคลุมวัคซีนทุกชนิด																												
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๑ ปี ได้รับวัคซีน MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๒ ปี ได้รับวัคซีน MMR2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๑ ปี ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๒ ปี ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐																												
ความหมาย/ คำนิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน หมายถึง ร้อยละของเด็กที่ได้รับวัคซีนตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามช่วงอายุในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ๑. เด็กที่ได้รับวัคซีน MMR1 และ MMR2 ตามเกณฑ์ หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ ๑ ปี ได้รับวัคซีน MMR1 และเด็กที่มีอายุครบ ๒ ปี ได้รับวัคซีน MMR2 ๒. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับวัคซีนทุกชนิดตามเกณฑ์ หมายถึง - เด็กอายุครบ ๑ ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG, HB, DTP-HB-Hib3, OPV3, IPV, Rota - เด็กอายุครบ ๒ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4, OPV4, LAJE1 - เด็กอายุครบ ๓ ปี ที่ได้รับวัคซีน LAJE2 - เด็กอายุครบ ๕ ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5, OPV5																												
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี ทุกคน ได้รับวัคซีนครบชุดตามเกณฑ์คุณภาพ																												
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<table border="1" data-bbox="475 1559 1445 1823"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>MMR1</th> <th>MMR2</th> <th>เด็กอายุ ครบ ๑ ปี</th> <th>เด็กอายุ ครบ ๒ ปี</th> <th>เด็กอายุ ครบ ๓ ปี</th> <th>เด็กอายุ ครบ ๕ ปี</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๖</td> <td>๙๐.๙๐</td> <td>๙๓.๐๐</td> <td>๘๑.๘๔</td> <td>๗๙.๙๔</td> <td>๗๘.๑๗</td> <td>๗๙.๓๕</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>๙๒.๖๖</td> <td>๙๔.๓๔</td> <td>๙๐.๕๖</td> <td>๙๕.๒๙</td> <td>๙๑.๕๙</td> <td>๙๔.๔๔</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>๙๓.๔๐</td> <td>๙๔.๕๑</td> <td>๘๔.๗๐</td> <td>๙๕.๗๓</td> <td>๙๑.๕๐</td> <td>๙๔.๓๓</td> </tr> </tbody> </table>	ปี	MMR1	MMR2	เด็กอายุ ครบ ๑ ปี	เด็กอายุ ครบ ๒ ปี	เด็กอายุ ครบ ๓ ปี	เด็กอายุ ครบ ๕ ปี	๒๕๖๖	๙๐.๙๐	๙๓.๐๐	๘๑.๘๔	๗๙.๙๔	๗๘.๑๗	๗๙.๓๕	๒๕๖๕	๙๒.๖๖	๙๔.๓๔	๙๐.๕๖	๙๕.๒๙	๙๑.๕๙	๙๔.๔๔	๒๕๖๔	๙๓.๔๐	๙๔.๕๑	๘๔.๗๐	๙๕.๗๓	๙๑.๕๐	๙๔.๓๓
ปี	MMR1	MMR2	เด็กอายุ ครบ ๑ ปี	เด็กอายุ ครบ ๒ ปี	เด็กอายุ ครบ ๓ ปี	เด็กอายุ ครบ ๕ ปี																							
๒๕๖๖	๙๐.๙๐	๙๓.๐๐	๘๑.๘๔	๗๙.๙๔	๗๘.๑๗	๗๙.๓๕																							
๒๕๖๕	๙๒.๖๖	๙๔.๓๔	๙๐.๕๖	๙๕.๒๙	๙๑.๕๙	๙๔.๔๔																							
๒๕๖๔	๙๓.๔๐	๙๔.๕๑	๘๔.๗๐	๙๕.๗๓	๙๑.๕๐	๙๔.๓๓																							
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง เด็กอายุครบเกณฑ์ (อายุ ๐ - ๕ ปี) ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดรายงาน																												

แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แพ้ม และโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข ไตรมาสที่ ๑ = ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๒ = ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๓ = ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ไตรมาสที่ ๔ = ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๖
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อติดตามข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูล HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนเด็กที่อยู่อาศัยในพื้นที่ในวงรายนานี้ที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ B = จำนวนเด็กที่อยู่อาศัยในพื้นที่ในวงรายนานี้ $(A/B) \times 100$
เกณฑ์การให้คะแนน	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail	๑. นายศิวะยุทธ สิงห์ปัฐ โทร ๐๘๑ ๙๙๙ ๐๒๒๗ ๒. นายปกรณ์ ริมประณาม โทร ๐๘๒ ๘๗๔ ๔๗๗๕

ตัวชี้วัดที่ ๒๕	ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๕
ความหมาย/คำนิยาม	๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily : ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕-๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐-๔ คะแนน ๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนประเมินความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ -๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐-๔ คะแนน ๓. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว ๔. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนประเมินความสามารถ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแล ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver/ Care Community /บุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพตามชุดสิทธิ

	<p>ประโยชน์ รวมทั้งการดูแลในกลุ่มที่มี ADL น้อยกว่า ๖ และกลุ่มที่กั้นปีสภาวะ/อูจจาระไม่อยู่ ที่ต้องการรับการสนับสนุนผ้าอ้อม</p> <p>๒.แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) คือ แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือของทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p>						
วัตถุประสงค์	<p>๑.เพื่อให้ Care Manager/Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community) และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล ส่งเสริม พื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแล ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน</p> <p>๒.เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และช่วยเหลือตัวเองได้</p>						
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ ๖๔</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๕</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๖</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๙๔.๔๕</td> <td>ร้อยละ ๙๓.๒๓</td> <td>ร้อยละ ๙๖.๐๖</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖	ร้อยละ ๙๔.๔๕	ร้อยละ ๙๓.๒๓	ร้อยละ ๙๖.๐๖
ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖					
ร้อยละ ๙๔.๔๕	ร้อยละ ๙๓.๒๓	ร้อยละ ๙๖.๐๖					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่ม ทุกสิทธิ์การรักษา ที่เข้าร่วมโครงการ Long Term Care						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ของกรมอนามัย และ โปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น						
แหล่งข้อมูล	ระบบโปรแกรม Long Term Care(3C) กรมอนามัย และโปรแกรม Long Term Care ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>(A/B X 100)</p> <p>A คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิ์ ที่เข้าร่วมโครงการ Long Term Care ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p>B คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิงทุกกลุ่มอายุ ทุกสิทธิ์ ที่เข้าร่วมโครงการ Long Term Care</p>						
เกณฑ์การให้คะแนน(ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	<p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๕ ขึ้นไป = ๕ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐ - ๙๔ = ๔ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๑ - ๘๙ = ๓ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๑ - ๗๙ = ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ = ๑ คะแนน</p>						
มาตรการสำคัญ	๑. มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care: LTC)ในทุกตำบลโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ.						

	๒.ส่งเสริมการจัดทำ Care Plan โดยใช้โปรแกรม LTC (3C) ของกรมอนามัย และโปรแกรม Long Term Care ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลอื่นที่มีภาวะพึ่งพิง
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นางคณินิจ หุตะวัฒน์ / ๐๘๑-๗๘๙๗๓๙๐ / pcukorat@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๒๖	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๐
ความหมาย/คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๒.มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม ๓. ทุกภาคส่วนในชุมชนสามารถจัดทำธรรมนูญตำบลเพื่อเป็นแนวทางนำสู่สุขภาวะของชุมชน โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	ปี ๒๕๖๓ – ๒๕๖๕ ดำเนินการทุกอำเภอ พชอ. มีการยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต B = จำนวนอำเภอ ๓๒ แห่ง (A/B) × 100
เกณฑ์การให้คะแนน ใช้ในการ	คกก.พชอ. : ประเมินรอบ๑ (/) รพช. (/) สสอ. (/) รพ.สต.

ประเมินผลการดำเนินงาน)	<p>๑. มีการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคกก.พชอ. / คกก.ที่ปรึกษา</p> <p>๒. มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา / ประเด็นการพัฒนา</p> <p>๓. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น</p> <p>๔. มีการวางแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นปัญหา และการดูแลกลุ่มเปราะบาง</p> <p>๕. มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม CL UCCARE คะแนนเต็ม ๕ คะแนน ข้อละ ๑ คะแนน มี = ๑ ไม่มี = ๐ ให้คะแนนเท่ากันภาพรวมของอำเภอ (รพช.,สสอ.,รพ.สต.) : ประเมินรอบ ๒ (/) รพช. (/) สสอ. (/) รพ.สต.</p> <p>๑. มีการดำเนินงานและขยายผลตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ ๔+๑+๑ โดยใช้ กลไก พชจ./พชอ./พชต./พชม./ธรรมนูญตำบล</p> <p>๒. มีการจัดหาแหล่งทุน เพื่อขับเคลื่อนประเด็นปัญหา เช่น จัดหารายได้ ,กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนอื่น เป็นต้น</p> <p>๓. มีการประเมินติดตามเยี่ยมเสริมพลังประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตตามองค์ประกอบ UCCARE</p> <p>๕. มีนวัตกรรม/ผลงานเด่นในการดำเนินงาน</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทร /Email	<p>๑. คุณจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ ๐๘๑๒๖๖๓๒๓๕,๐๔๔๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๓๑๕: pcukorat@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวกาญจนา พิทักษ์วาณิชย์ ๐๙๓๓๖๙๖๓๕๓</p>

ตัวชี้วัดที่ ๒๗	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน และ ๓ หมอ มีคุณภาพชีวิตที่ดี
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) เป็นต้น</p> <p>อสม. หมอบริการบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอบริการบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>๓ หมอ หมายถึง หมอคนที่ ๑ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ ๒ หมายถึง บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯลฯ</p> <p>หมอคนที่ ๓ หมายถึง แพทย์ที่มีความรู้ ความเข้าใจหรือจบด้านเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p>

วัตถุประสงค์	๑. อสม.หมอประจำบ้าน ได้รับการฟื้นฟูความรู้และพัฒนาศักยภาพ ๒. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และ ๓ หมอ ๓. มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างหมอคนที่ ๑ หมอคนที่ ๒ และ หมอคนที่ ๓								
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ ๖๔</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๕</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๖</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๗๙.๐๒</td> <td>ร้อยละ ๙๒.๙๗</td> <td>ร้อยละ ๙๔.๘๘</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖	ร้อยละ ๗๙.๐๒	ร้อยละ ๙๒.๙๗	ร้อยละ ๙๔.๘๘
ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖							
ร้อยละ ๗๙.๐๒	ร้อยละ ๙๒.๙๗	ร้อยละ ๙๔.๘๘							
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ๒. ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรค ไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน								
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./ หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานบันทึก ในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net								
แหล่งข้อมูล	เว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net								
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$A/B \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน และ ๓ หมอ มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย								
เกณฑ์การให้ คะแนน(ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐ - ๗๙ = ๔ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ - ๖๙ = ๓ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐ - ๕๙ = ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ = ๑ คะแนน								
มาตรการที่สำคัญ	๑.พัฒนาหลักสูตรอบรมฟื้นฟูศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ๒.พัฒนาความเชื่อมโยงบริการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิผ่านระบบสารสนเทศในการดูแล ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ๓.ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมดูแลดูแลสุขภาพแบบผสมผสานของพื้นที่								
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ								
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/e- mail	ว่าที่ร้อยตรีดิเทพ วงศ์พิกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘๘-๕๙๔-๑๓๔๒ e-mail : vhv3001@gmail.com								

ตัวชี้วัดที่ ๒๘	มีการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒
เกณฑ์เป้าหมาย	๒๘.๑.หน่วยงานมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑.ตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑๙ กันยายน ๒๕๖๒ ใน มาตรา๓๒ และ จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องหลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๓ ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ ได้กำหนดไว้ว่า โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ให้จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการ</p> <p>๒. หน่วยปฏิบัติการ หมายความว่า หน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีบทบาทหน้าที่ในการสอบสวนโรค การเฝ้าระวัง การป้องกันโรค และการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>๓.หน่วยปฏิบัติการ มีองค์ประกอบและจำนวน เจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการ ดังนี้</p> <p>๓.๑ องค์ประกอบด้วย ๑)พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.ฯ ๒)เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุข ๓) พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔)เจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคเอกชน</p> <p>๓.๒ หน่วยปฏิบัติการ อย่างน้อยต้องประกอบด้วย ๑)พนักงานเจ้าหน้าที่หนึ่งคน ๒)เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และการสาธารณสุขสองคน และ๓)อาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานภาคเอกชนตามจำนวนที่ผู้ว่าราชการจังหวัด เห็นสมควรเป็นหน่วยปฏิบัติการร่วมด้วยก็ได้</p> <p>๔.โรคที่ต้องสอบสวนและรายงานโรค ตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการในโรค ตามประกาศ ดังนี้</p> <p>๔.๑ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากสิ่งแวดล้อม (ฉบับที่ ๒)พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕</p> <p>๔.๒ ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ. ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	เป็นตัวชี้วัดปี ๒๕๖๖ มีหน่วยงานที่มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ฯ จำนวน ๒๙ หน่วย จาก ๖๔ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๔๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานระดับอำเภอ จำนวน ๓๒ อำเภอ รวม ๖๔ แห่ง (โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ)

แหล่งข้อมูล	<p>๑. แบบรายงานสรุปสถานการณ์รวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตามพรบ.ฯ</p> <p>๒. แบบรายงาน การเฝ้าระวังหรือรายงานการสอบสวนโรคและควบคุมโรค ของหน่วยปฏิบัติการ</p> <p>๓.แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงานหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม</p> <p>๔.รายงานสรุปผลการติดตามและประเมินผลของคณะทำงานติดตามและประเมินผลการดำเนินงานหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมตาม พรบ.ฯ จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๕.เอกสารการผ่านการอบรมหลักสูตรที่กรมควบคุมโรคกำหนด</p>																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. หน่วยงานเตรียมบุคลากรและนำส่งผลการเตรียมบุคลากร พร้อมเอกสารการอบรม หลักสูตรที่กรมควบคุมโรคกำหนด																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนหน่วยงาน ผ่านการประเมิน} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยงานทั้งหมด}}$																								
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>คะแนนแบ่งเป็น ๓ ระดับคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้</p> <p>๑. ระดับ ๐ คะแนน หมายถึง ไม่มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ฯ</p> <p>๒.ระดับ ๓ คะแนน หมายถึง มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ฯ (รายชื่อเดิม)</p> <p>๓.ระดับ ๕ คะแนน หมายถึง มีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ฯ เพิ่มจากปี ๒๕๖๖ อย่างน้อย ๑ คน</p>																								
	<p>เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด ๒๘</p> <table border="1" data-bbox="499 1346 1425 1946"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th colspan="2">ประเมินครั้งที่ ๑</th> <th colspan="2">ประเมินครั้งที่ ๒</th> </tr> <tr> <th>มีข้อมูล</th> <th>ไม่มีข้อมูล</th> <th>มีข้อมูล</th> <th>ไม่มีข้อมูล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๘.๑. หน่วยงานมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๕</td> <td>๐</td> </tr> <tr> <td>๒๘.๒ มีการดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน</td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๕</td> <td>๐</td> </tr> <tr> <td></td> <td>๐</td> <td>๐</td> <td>๑๐</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ประเมินครั้งที่ ๑		ประเมินครั้งที่ ๒		มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	๒๘.๑. หน่วยงานมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒	๐	๐	๕	๐	๒๘.๒ มีการดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน	๐	๐	๕	๐		๐	๐	๑๐	๐
ตัวชี้วัด	ประเมินครั้งที่ ๑		ประเมินครั้งที่ ๒																						
	มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล																					
๒๘.๑. หน่วยงานมีบุคลากรที่มีคุณสมบัติแต่งตั้งเป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒	๐	๐	๕	๐																					
๒๘.๒ มีการดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน	๐	๐	๕	๐																					
	๐	๐	๑๐	๐																					

	<p>เกณฑ์การผ่านตัวชี้วัด ๒๘.๑ ประเมินรอบที่ ๒ ผ่านที่ระดับ ๓ คะแนน</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนนหน่วยรับประเมินระดับอำเภอตัวชี้วัด ๒๘.๑</p> <table border="1" data-bbox="435 405 1437 723"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๑</th> <th colspan="2">ประเมินครั้งที่ ๑</th> <th colspan="2">ประเมินครั้งที่ ๒</th> </tr> <tr> <th>มีข้อมูล</th> <th>ไม่มีข้อมูล</th> <th>มีข้อมูล</th> <th>ไม่มีข้อมูล</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๐ คะแนน</td> <td></td> <td></td> <td>๐</td> <td>๐</td> </tr> <tr> <td>๒.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๓ คะแนน</td> <td></td> <td></td> <td>๓</td> <td>๐</td> </tr> <tr> <td>๓.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๕ คะแนน</td> <td></td> <td></td> <td>๕</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๑	ประเมินครั้งที่ ๑		ประเมินครั้งที่ ๒		มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	๑.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๐ คะแนน			๐	๐	๒.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๓ คะแนน			๓	๐	๓.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๕ คะแนน			๕	๐
ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๑	ประเมินครั้งที่ ๑		ประเมินครั้งที่ ๒																						
	มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล																					
๑.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๐ คะแนน			๐	๐																					
๒.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๓ คะแนน			๓	๐																					
๓.มีหลักฐานและเอกสารตามระดับ ๕ คะแนน			๕	๐																					
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</p>																								
<p>เอกสารสนับสนุน</p>	<p>๑.พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>๒.ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>๓.ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากสิ่งแวดล้อม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕</p> <p>๔. ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง ชื่อหรืออาการสำคัญของโรคจากการประกอบอาชีพ พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓</p> <p>๕.ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง หลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๓ ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓</p> <p>๖.ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่อง หลักสูตรฝึกอบรมสำหรับผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ในหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๕ ประกาศ ณ วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๕</p>																								
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>๑. นางศรารักษ์ โกวิทย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘-๙๙๔๔ - ๘๗๒๖</p>																								

ตัวชี้วัดที่ ๒๙	๑๗.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)													
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ๑๗.๑.๑ ระดับมาตรฐาน (Standard) ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๕๐ ๑๗.๑.๒ ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ ๓๐													
ความหมาย/คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="456 595 1497 1998"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="456 595 1497 689">ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 698 753 887">หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา</td> <td data-bbox="759 698 1497 887">๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วม ของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 896 753 1272">หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุก ประเภท</td> <td data-bbox="759 896 1497 1272">๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1281 753 1514">หมวด R: Restroom การพัฒนาส่วนตาม มาตรฐานร่วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการ จัดการสิ่งปฏิกูล</td> <td data-bbox="759 1281 1497 1514">๕. มีการพัฒนาส่วนตามมาตรฐานร่วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1523 753 1666">หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน</td> <td data-bbox="759 1523 1497 1666">๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1675 753 1998">หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อม ใน โรงพยาบาล</td> <td data-bbox="759 1675 1497 1998">๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดย เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็นคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ มารับบริการ ๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical</td> </tr> </table>		ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)		หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วม ของคนในองค์กร	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุก ประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕	หมวด R: Restroom การพัฒนาส่วนตาม มาตรฐานร่วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการ จัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาส่วนตามมาตรฐานร่วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อม ใน โรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดย เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็นคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ มารับบริการ ๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical
ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)														
หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วม ของคนในองค์กร													
หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุก ประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและ เป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรือ อันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕													
หมวด R: Restroom การพัฒนาส่วนตาม มาตรฐานร่วมสาธารณะ ไทย (HAS) และการ จัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาส่วนตามมาตรฐานร่วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD) ๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง													
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร													
หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อม ใน โรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดย เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกร่มเย็นคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ มารับบริการ ๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical													

		activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
หมวด N: Nutrition	การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัย ในโรงพยาบาล	<p>๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร</p> <p>๑๑. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล</p> <p>๑๒. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)</p>
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)		
หมวด Innovation:	การพัฒนานวัตกรรม และงานวิจัยด้าน GREEN	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
หมวด Network:	การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	<p>๑๕. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community ได้แก่</p> <p>๑๕.๑ พัฒนาคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ผ่านระดับมาตรฐาน รพ.สต. นำร่อง อำเภอละ ๑ แห่ง</p> <p>๑๕.๒ พัฒนามีการจัดการคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation : EHA) เทศบาล/อบต. ในอำเภอผ่านอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้แก่ EHA ๑๐๐๐ - ๙๐๐๐ สุขาภิบาลอาหาร , ตลาด , น้ำประปา , น้ำดื่มหยดเหรียญ , ส้วมสาธารณะ , การจัดการสิ่งปฏิกูล , การจัดการมูลฝอยทั่วไป , การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน , การรองรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ , การจัดการเหตุรำคาญ , การจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ , การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ , การออกข้อบัญญัติของท้องถิ่น , การออกหนังสือรับรองการแจ้ง , การออกใบอนุญาต , การเปรียบเทียบปรับและการดำเนินคดี)</p>

	<p>ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน ๑ ด้าน</p> <p>๑. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล(ระดับดีขึ้นไป) (สคร.๙ ประเมิน)</p> <p>๒. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)</p> <p>๓. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๔. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (ระดับท้าทาย ข้อ ๒ -๔ กรมอนามัย เป็นทีมประเมินระบบ Zoom)</p>						
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อพัฒนางานโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p> <p>๒. เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ผ่านระดับมาตรฐาน รพ.สต. นำร่อง อำเภอละ ๑ แห่ง</p> <p>๓. ประชาชนได้บริการสาธารณสุขปลอดภัยตามมาตรฐาน EHA</p>						
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>๑. โรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital แบ่งเป็น ๔ ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ระดับดีมาก PLUS</p> <table border="1" data-bbox="448 1111 1497 2056"> <thead> <tr> <th data-bbox="448 1111 794 1160">ปี ๒๕๖๔</th> <th data-bbox="794 1111 1141 1160">ปี ๒๕๖๕</th> <th data-bbox="1141 1111 1497 1160">ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="448 1160 794 2056"> <p>ระดับพื้นฐาน ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดี ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมาก ๓๔ แห่ง ๙๗.๑๔%</p> <p>ระดับดีมากPLUS ๑๙ แห่ง ๕๔.๒๘%</p> <p>(๑. รพ.สูงเนิน, ๒. รพ.ห้วยแถลง , ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ</p> <p>๔. รพ.ปากช่อง ๕. รพ.โนนไทย</p> <p>๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.แก้งสนามนาง ๘. รพ.โนนสูง</p> <p>๙. รพ.เสิงสาง ๑๐. รพ.ประทาย</p> <p>๑๑. รพ.ครบุรี ๑๒. รพ.มหาสารคาม</p> <p>นครราชสีมา ๑๓. รพ.พระทองคำ ๑๔. รพ.จักราช</p> <p>๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย</p> <p>๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง)</p> <p>-เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ รพ.หนองบุญมาก, รพ.ลำทะเมนชัย, รพ.วังน้ำเขียว</p> </td> <td data-bbox="794 1160 1141 2056"> <p>ระดับพื้นฐาน ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดี ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมาก ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมากPLUS ๒๒ แห่ง ๖๒.๘๕%</p> <p>(๑. รพ.สูงเนิน, ๒. รพ.ห้วยแถลง , ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ</p> <p>๔. รพ.ปากช่อง ๕. รพ.โนนไทย</p> <p>๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.แก้งสนามนาง ๘. รพ.โนนสูง</p> <p>๙. รพ.เสิงสาง ๑๐. รพ.ประทาย</p> <p>๑๑. รพ.ครบุรี ๑๒. รพ.มหาสารคาม</p> <p>นครราชสีมา ๑๓. รพ.พระทองคำ ๑๔. รพ.จักราช</p> <p>๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย</p> <p>๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง</p> <p>๒๐. รพ.หนองบุญมาก ๒๑. รพ.วังน้ำเขียว ๒๒. รพ.เทพารักษ์)</p> </td> <td data-bbox="1141 1160 1497 2056"> <p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p> <p>๑. ระดับมาตรฐาน (Standard) ขึ้นไป เกณฑ์ร้อยละ ๓๐ ผลงานร้อยละ ๔๕.๔๕ (๑๕/๓๓แห่ง</p> <p>รพ.ปากช่องนานา เทพรัตน์ นม. ห้วยแถลง วังน้ำเขียว โนนไทย โนนสูง ขามสะแกแสง ประทาย หนองบุญมาก โนนแดง พระทองคำ)</p> <p>๒. ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ๒ แห่ง (รพ.สีคิ้ว รพ.จักราช)</p> <p>๓. ระดับท้าทาย (Challenge) ๒ แห่ง (รพ.เฉลิมพระเกียรติ รพ.บ้านเหลื่อม)</p> <p>๔. รพ.สต. ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ๑ แห่ง (รพ.สต.มะดัน อ.เฉลิมพระเกียรติ)</p> <p>๕. รพ.การดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ</p> </td> </tr> </tbody> </table>	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	<p>ระดับพื้นฐาน ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดี ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมาก ๓๔ แห่ง ๙๗.๑๔%</p> <p>ระดับดีมากPLUS ๑๙ แห่ง ๕๔.๒๘%</p> <p>(๑. รพ.สูงเนิน, ๒. รพ.ห้วยแถลง , ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ</p> <p>๔. รพ.ปากช่อง ๕. รพ.โนนไทย</p> <p>๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.แก้งสนามนาง ๘. รพ.โนนสูง</p> <p>๙. รพ.เสิงสาง ๑๐. รพ.ประทาย</p> <p>๑๑. รพ.ครบุรี ๑๒. รพ.มหาสารคาม</p> <p>นครราชสีมา ๑๓. รพ.พระทองคำ ๑๔. รพ.จักราช</p> <p>๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย</p> <p>๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง)</p> <p>-เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ รพ.หนองบุญมาก, รพ.ลำทะเมนชัย, รพ.วังน้ำเขียว</p>	<p>ระดับพื้นฐาน ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดี ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมาก ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมากPLUS ๒๒ แห่ง ๖๒.๘๕%</p> <p>(๑. รพ.สูงเนิน, ๒. รพ.ห้วยแถลง , ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ</p> <p>๔. รพ.ปากช่อง ๕. รพ.โนนไทย</p> <p>๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.แก้งสนามนาง ๘. รพ.โนนสูง</p> <p>๙. รพ.เสิงสาง ๑๐. รพ.ประทาย</p> <p>๑๑. รพ.ครบุรี ๑๒. รพ.มหาสารคาม</p> <p>นครราชสีมา ๑๓. รพ.พระทองคำ ๑๔. รพ.จักราช</p> <p>๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย</p> <p>๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง</p> <p>๒๐. รพ.หนองบุญมาก ๒๑. รพ.วังน้ำเขียว ๒๒. รพ.เทพารักษ์)</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p> <p>๑. ระดับมาตรฐาน (Standard) ขึ้นไป เกณฑ์ร้อยละ ๓๐ ผลงานร้อยละ ๔๕.๔๕ (๑๕/๓๓แห่ง</p> <p>รพ.ปากช่องนานา เทพรัตน์ นม. ห้วยแถลง วังน้ำเขียว โนนไทย โนนสูง ขามสะแกแสง ประทาย หนองบุญมาก โนนแดง พระทองคำ)</p> <p>๒. ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ๒ แห่ง (รพ.สีคิ้ว รพ.จักราช)</p> <p>๓. ระดับท้าทาย (Challenge) ๒ แห่ง (รพ.เฉลิมพระเกียรติ รพ.บ้านเหลื่อม)</p> <p>๔. รพ.สต. ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ๑ แห่ง (รพ.สต.มะดัน อ.เฉลิมพระเกียรติ)</p> <p>๕. รพ.การดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ</p>
ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖					
<p>ระดับพื้นฐาน ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดี ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมาก ๓๔ แห่ง ๙๗.๑๔%</p> <p>ระดับดีมากPLUS ๑๙ แห่ง ๕๔.๒๘%</p> <p>(๑. รพ.สูงเนิน, ๒. รพ.ห้วยแถลง , ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ</p> <p>๔. รพ.ปากช่อง ๕. รพ.โนนไทย</p> <p>๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.แก้งสนามนาง ๘. รพ.โนนสูง</p> <p>๙. รพ.เสิงสาง ๑๐. รพ.ประทาย</p> <p>๑๑. รพ.ครบุรี ๑๒. รพ.มหาสารคาม</p> <p>นครราชสีมา ๑๓. รพ.พระทองคำ ๑๔. รพ.จักราช</p> <p>๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย</p> <p>๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง)</p> <p>-เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ รพ.หนองบุญมาก, รพ.ลำทะเมนชัย, รพ.วังน้ำเขียว</p>	<p>ระดับพื้นฐาน ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดี ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมาก ๓๕ แห่ง ๑๐๐%</p> <p>ระดับดีมากPLUS ๒๒ แห่ง ๖๒.๘๕%</p> <p>(๑. รพ.สูงเนิน, ๒. รพ.ห้วยแถลง , ๓. รพ.เฉลิมพระเกียรติ</p> <p>๔. รพ.ปากช่อง ๕. รพ.โนนไทย</p> <p>๖. รพ.บ้านเหลื่อม ๗. รพ.แก้งสนามนาง ๘. รพ.โนนสูง</p> <p>๙. รพ.เสิงสาง ๑๐. รพ.ประทาย</p> <p>๑๑. รพ.ครบุรี ๑๒. รพ.มหาสารคาม</p> <p>นครราชสีมา ๑๓. รพ.พระทองคำ ๑๔. รพ.จักราช</p> <p>๑๕. รพ.คง ๑๖. รพ.ปักธงชัย</p> <p>๑๗. รพ.สีคิ้ว ๑๘. รพ.ขามทะเลสอ ๑๙. รพ.ขามสะแกแสง</p> <p>๒๐. รพ.หนองบุญมาก ๒๑. รพ.วังน้ำเขียว ๒๒. รพ.เทพารักษ์)</p>	<p>โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p> <p>๑. ระดับมาตรฐาน (Standard) ขึ้นไป เกณฑ์ร้อยละ ๓๐ ผลงานร้อยละ ๔๕.๔๕ (๑๕/๓๓แห่ง</p> <p>รพ.ปากช่องนานา เทพรัตน์ นม. ห้วยแถลง วังน้ำเขียว โนนไทย โนนสูง ขามสะแกแสง ประทาย หนองบุญมาก โนนแดง พระทองคำ)</p> <p>๒. ระดับดีเยี่ยม (Excellent) ๒ แห่ง (รพ.สีคิ้ว รพ.จักราช)</p> <p>๓. ระดับท้าทาย (Challenge) ๒ แห่ง (รพ.เฉลิมพระเกียรติ รพ.บ้านเหลื่อม)</p> <p>๔. รพ.สต. ผ่านระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ๑ แห่ง (รพ.สต.มะดัน อ.เฉลิมพระเกียรติ)</p> <p>๕. รพ.การดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและ</p>					

			<p>เวชกรรมสิ่งแวดล้อมผ่านระดับดีขึ้นไป ๑๒ แห่ง (รพ.เฉลิมพระเกียรติ บ้านเหลื่อม ลำทะเมนชัย เมืองยาง โนนสูง ห้วยแถลง ด่านขุนทด โนนไทย ประทาย สูงเนิน ชุมพวง วังน้ำเขียว)</p> <p>เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗ พัฒนาโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ระดับดีเด่น ๑๐ รพ. ได้แก่ รพ.ลำทะเมนชัย เมืองยาง โนนสูง ห้วยแถลง ด่านขุนทด โนนไทย ประทาย สูงเนิน ชุมพวง วังน้ำเขียว และ รพ.ที่มีความพร้อม</p>																																																												
<p>ผลการดำเนินงานจัดการคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA)</p>																																																															
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">ปี ๒๕๖๔</td> <td style="text-align: center;">ปี ๒๕๖๕</td> <td style="text-align: center;">ปี ๒๕๖๖</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">๕๒.๒๒%</td> <td style="text-align: center;">เทศบาล ๕๗.๗๘% อปท. ๒.๐๖%</td> <td style="text-align: center;">เทศบาล ๕๖.๖๖% อปท. ๕.๗๖%</td> </tr> </table>				ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	๕๒.๒๒%	เทศบาล ๕๗.๗๘% อปท. ๒.๐๖%	เทศบาล ๕๖.๖๖% อปท. ๕.๗๖%																																																						
ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖																																																													
๕๒.๒๒%	เทศบาล ๕๗.๗๘% อปท. ๒.๐๖%	เทศบาล ๕๖.๖๖% อปท. ๕.๗๖%																																																													
<p>ผลการดำเนินงาน EHA ๒๕๖๖</p>																																																															
	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>อำเภอ</th> <th>ผลการดำเนินงาน</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>๑</td><td>แก่งสนามนาง</td><td>ไม่มี</td><td>หมดอายุ ครบ ๓ ปี</td></tr> <tr><td>๒</td><td>ขามทะเลสอ</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๓</td><td>ขามสะแกแสง</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๔</td><td>คง</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๕</td><td>ครบุรี</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๖</td><td>จักราช</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๗</td><td>เฉลิมพระเกียรติ</td><td>ไม่มี</td><td>หมดอายุ ครบ ๓ ปี</td></tr> <tr><td>๘</td><td>ชุมพวง</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๙</td><td>โชคชัย</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๑๐</td><td>ด่านขุนทด</td><td>ไม่มี</td><td>หมดอายุ ครบ ๓ ปี</td></tr> <tr><td>๑๑</td><td>เทพารักษ์</td><td>ไม่มี</td><td>หมดอายุ ครบ ๓ ปี</td></tr> <tr><td>๑๒</td><td>โนนแดง</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๑๓</td><td>โนนไทย</td><td>มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖</td><td></td></tr> <tr><td>๑๔</td><td>โนนสูง</td><td>ไม่มี</td><td>หมดอายุ ครบ ๓ ปี</td></tr> </tbody> </table>	ที่	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ	๑	แก่งสนามนาง	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี	๒	ขามทะเลสอ	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๓	ขามสะแกแสง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๔	คง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๕	ครบุรี	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๖	จักราช	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๗	เฉลิมพระเกียรติ	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี	๘	ชุมพวง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๙	โชคชัย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๑๐	ด่านขุนทด	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี	๑๑	เทพารักษ์	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี	๑๒	โนนแดง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๑๓	โนนไทย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖		๑๔	โนนสูง	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี		
ที่	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ																																																												
๑	แก่งสนามนาง	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี																																																												
๒	ขามทะเลสอ	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๓	ขามสะแกแสง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๔	คง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๕	ครบุรี	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๖	จักราช	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๗	เฉลิมพระเกียรติ	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี																																																												
๘	ชุมพวง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๙	โชคชัย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๑๐	ด่านขุนทด	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี																																																												
๑๑	เทพารักษ์	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี																																																												
๑๒	โนนแดง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๑๓	โนนไทย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖																																																													
๑๔	โนนสูง	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี																																																												

	๑๕	บัวลาย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๕	
	๑๖	บัวใหญ่	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๑๗	บ้านเหลื่อม	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๑๘	ประทาย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๑๙	ปักธงชัย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๐	ปากช่อง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๑	พระทองคำ	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๒	พิมาย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๓	เมืองนครราชสีมา	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๔	เมืองยาง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๕	ลำทะเมนชัย	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๕	
	๒๖	วังน้ำเขียว	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี
	๒๗	สีคิ้ว	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๒๘	สีดา	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี
	๒๙	สูงเนิน	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๓๐	เสิงสาง	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๓๑	หนองบุญมาก	มีผลการดำเนินงาน ๒๕๖๖	
	๓๒	ห้วยแถลง	ไม่มี	หมดอายุ ครบ ๓ ปี
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ดำเนินการใน รพศ. รพท., รพช. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทุกแห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล อบต.)			
แหล่งข้อมูล	<p>๑. แบบรายงานผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ตามเกณฑ์มาตรฐาน ทุก รพ.ประเมินตนเอง ผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ออนไลน์ ตามลิงค์ https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน</p> <div data-bbox="483 1458 1023 1753" data-label="Image"> </div> <p>๒. แบบรายงานผลการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ออนไลน์ ตามลิงค์ https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๓. การนิเทศติดตาม โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สต.)</p>			

	๓. สร้างเครือข่ายการพัฒนาการจัดการคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ผ่าน เทศบาล/อบต. อย่างน้อย ๑ ประเด็น					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดย ทุก รพ.ประเมินตนเองผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ออนไลน์ ตามลิงค์ https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin ทีมจังหวัดออกประเมินร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๙ สคร.๙</p> <p>๒ การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital โดย รพ.สต. อำเภอละ ๑ แห่ง ประเมินตนเองผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ออนไลน์ ตามลิงค์ https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin ทีมจังหวัดออกประเมินร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๙</p> <p>๓. ทีมจังหวัดออกประเมินการจัดการคุณภาพระบบบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา</p> <p>การประเมินครั้งที่ ๑ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.ประเมินตนเอง ผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ออนไลน์ ตามลิงค์ https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin รอบที่ ๑</p> <p>การประเมินครั้งที่ ๒ ใช้ผลการประเมินรอบที่ ๑ และรอบที่ ๒ และรวบรวมผลประเมินตามเกณฑ์ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.</p>					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป = $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด</p>					
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">ประเมินครั้งที่ ๑ (๕ คะแนน)</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">ประเมินครั้งที่ ๒ (๕ คะแนน)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. ส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป (รอบที่ ๑ (ตค.-มีค.) -ไม่บันทึกประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๐ คะแนน -ประเมินตนเอง ออนไลน์ ตามลิงค์ ๒ คะแนน -รับการประเมินผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ๕ คะแนน </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป -ไม่รับการประเมิน ๐ คะแนน -ประเมินไม่ผ่าน ๒ คะแนน -ผ่านระดับ Standard ๓ คะแนน -ผ่านระดับ Excellent ๔ คะแนน -ผ่านระดับ Challenge ๕ คะแนน </td> </tr> </tbody> </table>		ประเมินครั้งที่ ๑ (๕ คะแนน)	ประเมินครั้งที่ ๒ (๕ คะแนน)	<input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. ส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป (รอบที่ ๑ (ตค.-มีค.) -ไม่บันทึกประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๐ คะแนน -ประเมินตนเอง ออนไลน์ ตามลิงค์ ๒ คะแนน -รับการประเมินผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ๕ คะแนน	<input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป -ไม่รับการประเมิน ๐ คะแนน -ประเมินไม่ผ่าน ๒ คะแนน -ผ่านระดับ Standard ๓ คะแนน -ผ่านระดับ Excellent ๔ คะแนน -ผ่านระดับ Challenge ๕ คะแนน
ประเมินครั้งที่ ๑ (๕ คะแนน)	ประเมินครั้งที่ ๒ (๕ คะแนน)					
<input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. ส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป (รอบที่ ๑ (ตค.-มีค.) -ไม่บันทึกประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๐ คะแนน -ประเมินตนเอง ออนไลน์ ตามลิงค์ ๒ คะแนน -รับการประเมินผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป ๕ คะแนน	<input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านระดับมาตรฐานขึ้นไป -ไม่รับการประเมิน ๐ คะแนน -ประเมินไม่ผ่าน ๒ คะแนน -ผ่านระดับ Standard ๓ คะแนน -ผ่านระดับ Excellent ๔ คะแนน -ผ่านระดับ Challenge ๕ คะแนน					
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย					

ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	๑. นายชัยภัทร ชีรชาญไชย โทร. ๐๙-๗๓๕๓-๙๕๙๔ Email: tikchaipat@gmail.com (งานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม) ๒. นางสาวดวงกมล ศรีวงศ์ โทร. ๐๘-๗๙๖๒-๕๑๑๙ Email: env.korat@gmail.com (งาน EHA) ๓. นายสุขเกษม หลาวทอง โทร. ๐๘-๕๐๔๔-๔๑๔๗ Email: laowthong@gmail.com (งานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม)
----------------------------------	---

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๓๐	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)			
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (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 “การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแยกลงในภายหลังก็ได้			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ๒. ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ			
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			

	<p>๑.๑ ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน</p> <p>๑.๒ ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION</p> <p>๑.๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแพ้ม ACCIDENT</p> <p>๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒</p>																																								
แหล่งข้อมูล	<p>๑. มาตรฐาน ๔๓ แพ้มกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒</p>																																								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง																																								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																																								
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี ๒๕๖๖:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> </tr> </table> <p>ปี ๒๕๖๗:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> </tr> </table> <p>ปี ๒๕๖๘:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> </tr> </table> <p>ปี ๒๕๖๙:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> </tr> </table> <p>ปี ๒๕๗๐:</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ๑๒</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๑๒</td> </tr> </table>		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒																																						
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒																																						
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒																																						
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒																																						
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																																						
-	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ๑๒	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒																																						
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ ๑ โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <p>ขั้นตอนที่ ๒ เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒.๒ เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด</p> <p>๒.๓ สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม</p> <p>ขั้นตอนที่ ๓ ส่วนกลาง</p> <p>๓.๑ จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p>																																								

	<p>๓.๒ เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p> <p>๓.๓ วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ</p>				
เอกสารสนับสนุน :	<p>๑. http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE</p> <p>๒. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	...	ร้อยละ	๑๐.๖๖	๑๑.๖๘	รอข้อมูล กระทรวง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๑๒๐ ๔๒๕๕ โทรสาร : ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๖๒ E-mail : chalermpochairat@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์</p> <p>๒. พญ.ณธิดา สุขเมธโชติเมธา นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๓๕๔๘๑๐๘ - ๓๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖ ๒๕๖๑ ๙๙๒๕ โทรสาร : ๐ ๒๓๕๔ ๘๑๔๖ E-mail : drmathida@gmail.com โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์</p> <p>๓. นพ.เกษมสุข โยธาสุมทร นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๘๐๓๓๓๑๐ E-mail : k.yothasamutr@gmail.com โรงพยาบาลเลิศสิน กรมการแพทย์</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	<p>๑. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๑๒๐๔ E-mail : ictmoph@moph.go.th</p> <p>๒. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๖๓๕๘ - ๕๙ โทรสาร : ๐ ๒๙๖๕ ๙๘๕๑ E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นพ.เฉลิมพล ไชยรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๗๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๑๒๐ ๔๒๕๕ โทรสาร : ๐ ๒๕๑๗ ๔๒๖๒ E-mail : chalermpochairat@gmail.com โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์</p> <p>๒. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๖๓๕๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๘๕๔๖ ๓๕๖๔ โทรสาร : ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๗๙ E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>				

ตัวชี้วัดที่ ๓๑	ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่ตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
ร้อยละ ๒๖.๕	ร้อยละ ๒๘	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๒	ร้อยละ ๓๔
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</p> <p>๒. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</p> <p>๒. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M๑) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ health KPI</p>			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			

ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี ๒๕๖๖:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
ร้อยละ ๒๖.๕	ร้อยละ ๒๗	ร้อยละ ๒๗.๕	ร้อยละ ๒๘		
ปี ๒๕๖๗:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๒๘.๕	๒๙	๒๙.๕	๓๐		
ปี ๒๕๖๘:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๓๐.๕	๓๑	๓๑.๕	๓๒		
ปี ๒๕๖๙:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๓๒.๕	๓๓	๓๓.๕	๓๔		
ปี ๒๕๗๐:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๓๔.๕	๓๕	๓๕.๕	๓๖		
วิธีการประเมินผล					
เอกสารสนับสนุน					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน ๙๒,๕๘๐ / ผู้ป่วย ฉุกเฉินทั้งหมดที่ ER= ๓๕๔,๕๑๖	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	จำนวนของ ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตที่มา โดย EMS	ครั้ง	๘๗,๙๔๘	๙๒,๕๘๐	รอข้อมูล กระทรวง
	จำนวนของ ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤตทั้งหมด ที่มารับ บริการที่ห้อง ฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	๓๓๘,๔๘๗	๓๕๔,๕๑๖	รอข้อมูล กระทรวง
ร้อยละ	ร้อยละ	๒๕.๙๘	๒๖.๑๑	รอข้อมูล กระทรวง	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสุนันทา ทองพัฒน์ ผู้จัดการกลุ่มงานติดตามและประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๘๗๒๑๖๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๒๔๔๒๑๖๖๙ โทรสาร : ๐๒๘๗๒๑๖๐๓ E-mail : sunanta.t@niems.go.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๒. นางสาวทักษิณา วงศ์ใหญ่ พนักงานปฏิบัติการงานติดตามประเมินผล โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒๘๗๒๑๖๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕๙๓๗๑๖๖๙ โทรสาร : ๐๒๘๗๒๑๖๐๓ E-mail : taksina.w@niems.go.th สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	

ตัวชี้วัดที่ ๓๒	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง นับจาก ICD๑๐ S ๐๖.๐ - ๐๖.๙ ที่ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (not followed verbal command: motor score M๑-M๕ จาก Glasgow coma score) โดยดูอัตราการเสียชีวิต จาก discharge status ค่าเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๒๕				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูงและนำข้อดี ของโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตต่ำมาเผยแพร่ เป้าหมายหลักคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (A & S)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง ดูจากฐานข้อมูล Health data center (HDC)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล injury surveillance				
รายการข้อมูล ๑	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S06.0- S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS และเสียชีวิต				
รายการข้อมูล ๒	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S06.0- S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				

ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี ๒๕๖๖:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
-	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	
ปี ๒๕๖๗:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
-	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	
ปี ๒๕๖๘:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
-	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	
ปี ๒๕๖๙:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
-	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	น้อยกว่าร้อยละ ๒๓	
ปี ๒๕๗๐:				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
-	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากฐานข้อมูล HDC และมีการเยี่ยมพื้นที่ โดยราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย			
เอกสารสนับสนุน :	๑. ข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยtraumatic brain injury โรงพยาบาลพุทธชินราช ๒. คู่มือแนวทางการตรวจניתศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ๒๕๖๕ ๒๕๖๖	
	-		-	-
				รอข้อมูล กระทรวง
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๘๔๓ ๘๘๓๐ E-mail : kveerasarn@Hotmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์			
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๑๒๐๔ E-mail : ictmoph@moph.go.th ๒. กลุ่มงานนิติเวชระบบการแพทย์ สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๘ - ๕๙ โทรสาร : ๐ ๒๙๖๕ ๙๘๕๑ E-mail : supervision.dms@gmail.com			

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>๑. นพ.กุลพัฒน์ วีรสาร นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๘๔๓ ๘๘๓๐ E-mail : kveerasarn@Hotmail.com สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์</p> <p>๒. นายปวิช อภิบาลกุลวณิช นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๖๓๕๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๘๕๔๖ ๓๕๖๔ โทรสาร : ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๗๙ E-mail: evaluation.dms@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p>
---	---

ตัวชี้วัดที่ ๓๓	จำนวนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนเป้าหมายรายอำเภอ (เป้าหมายจังหวัด ร้อยละ ๑๐)
ความหมาย / คำนิยาม	<p>การแพทย์ฉุกเฉิน หมายความว่า การปฏิบัติการฉุกเฉิน การศึกษา การฝึกอบรม การ ค้นคว้า และการวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน การจัดการ การบำบัดรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน และการ ป้องกันการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นฉุกเฉิน ฉุกเฉินการแพทย์ หมายความว่า การกระทำต่อมนุษย์ซึ่ง เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วย การแพทย์ฉุกเฉิน เกี่ยวกับการประเมิน การคัดแยก การ วินิจฉัย การบำบัด และการเคลื่อนย้ายหรือการลำเลียง ด้วยวิธีการใช้ยา เครื่องมือ และ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับฉุกเฉินการแพทย์ เพื่อป้องกันการเสียชีวิต หรือการ รุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างทันที่ทั้งนี้ นับแต่การรับรู้ ถึงภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินจนพ้นภาวะฉุกเฉินหรือส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้แก่ ผู้ประกอบวิชาชีพ ทางการแพทย์และสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉิน หมายความว่า บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็น อันตรายต่อ การดำรงชีวิตหรือการทำงานของอวัยวะสำคัญ จำเป็นต้องได้รับการประเมิน การจัดการ และการบำบัดรักษาอย่างทันที่ทั้งนี้ เพื่อป้องกันการเสียชีวิตหรืออาการรุนแรงขึ้น ของการบาดเจ็บหรืออาการป่วยนั้น</p> <p>ปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายความว่า การปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน นับตั้งแต่การรับรู้ถึง ภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินจนถึงการดำเนินการให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการบำบัดรักษาให้พ้นภาวะ ฉุกเฉิน ซึ่งรวมถึงการประเมิน การจัดการ การประสานงาน การควบคุมดูแล การติดต่อสื่อสาร การลำเลียงหรือขนส่งผู้ป่วย การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินทั้ง นอกสถานพยาบาลและในสถานพยาบาล</p> <p>หน่วยปฏิบัติการ (Emergency Operation division) หมายถึง หน่วยงานหรือองค์กรที่ ปฏิบัติการฉุกเฉิน ได้แก่ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทยกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย สำนักงานตำรวจ แห่งชาติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลรัฐหรือเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล สถานพยาบาล องค์กรเอกชน มูลนิธิ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน รัฐวิสาหกิจ องค์กรมหาชน และหน่วยงานอื่นๆที่ปฏิบัติการฉุกเฉิน</p> <p>หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับพื้นฐาน ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินกิจการปฏิบัติ การแพทย์ขั้นพื้นฐาน ตามการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต</p>

	<p>หรือ การรุนแรงขึ้นของการบาดเจ็บ หรืออาการป่วยนั้นในช่วงเวลาขณะทำการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้น</p> <p>หน่วยปฏิบัติการแพทย์ระดับสูง ได้แก่ หน่วยปฏิบัติการซึ่งดำเนินการจัดการปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง ตามการอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต หรือการรุนแรงขึ้นในช่วงเวลา ขณะทำการปฏิบัติการฉุกเฉินนั้น</p> <p>วัตถุประสงค์</p> <p>๑) เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์ และมีเครื่องมือ ในการพัฒนา หน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามประเภทและตามระดับ</p> <p>๒) เพื่อพัฒนามาตรฐานการบริการของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ให้ตอบสนองความต้องการและ ความจำเป็นของการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นของประชาชน</p> <p>๓) เพื่อพัฒนาหน่วยปฏิบัติการแพทย์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เกิดการบริหารจัดการระบบ ปฏิบัติการที่ดี มีความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างทั่วถึง เท่าเทียม</p>				
วัตถุประสงค์	<p>๑) เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้มาตรฐานตามหลักเกณฑ์ และมีเครื่องมือในการพัฒนาหน่วยปฏิบัติการแพทย์ตามประเภทและตามระดับ</p> <p>๒) เพื่อพัฒนามาตรฐานการบริการของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ให้ตอบสนองความต้องการและความ จำเป็นของการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดขึ้นของประชาชน</p> <p>๓) เพื่อพัฒนาหน่วยปฏิบัติการแพทย์ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ให้เกิดการบริหารจัดการระบบปฏิบัติการที่ดี มีความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน อย่างทั่วถึงเท่าเทียม</p>				
ผลงาน ๓ ปี/ย้อนหลัง		ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
		จำนวนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น (เป้าหมายจังหวัดร้อยละ ๑๐)	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด	ไม่เป็นตัวชี้วัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับที่ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดนครราชสีมา				
แหล่งข้อมูล	<p>๑. โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS 4.0)</p> <p>๒. โปรแกรมการตรวจประเมินและรองรับคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (TEMSA)</p>				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการตรวจประเมินและรองรับคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย (TEMSA) และเอกสารประเมินตนเอง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	จำนวนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายรายอำเภอ (เกณฑ์การให้คะแนน)				

เกณฑ์การให้ คะแนน	<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p> <p>๑) ระดับจังหวัด ให้คะแนนตามจำนวนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐</p> <p>๒) ระดับอำเภอ ให้คะแนนตามจำนวนหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายรายอำเภอ แบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="459 456 1428 555"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ประเมิน รพท./รพช./สตอ. เฉพาะ รอบ ๒/๒๕๖๗</td> </tr> </table> <p>กลุ่ม ๑. อำเภอที่มีจำนวน อปท. > ๖ แห่ง ต้องมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น จำนวน ๒ หน่วยขึ้นไป ๕ คะแนน</p> <table border="1" data-bbox="459 651 1428 1093"> <tr><td>๑. เมืองนครราชสีมา</td><td>๑๐. สีคิ้ว</td></tr> <tr><td>๒. ปากช่อง</td><td>๑๑. จักราช</td></tr> <tr><td>๓. พินาย</td><td>๑๒. สูงเนิน</td></tr> <tr><td>๔. โชคชัย</td><td>๑๓. หนองบุญมาก</td></tr> <tr><td>๕. ครบุรี</td><td>๑๔. เสิงสาง</td></tr> <tr><td>๖. บัวใหญ่</td><td>๑๕. คง</td></tr> <tr><td>๗. ด่านขุนทด</td><td>๑๖. โนนสูง</td></tr> <tr><td>๘. ชุมพวง</td><td>๑๗. ขามสะแกแสง</td></tr> <tr><td>๙. ประทาย</td><td>๑๘. ห้วยแถลง</td></tr> </table> <p>กลุ่ม ๒. อำเภอที่มีจำนวน อปท. ≤ ๖ แห่ง ต้องมีหน่วยต้องมีหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น จำนวน ๑ หน่วยขึ้นไป ๕ คะแนน</p> <table border="1" data-bbox="459 1149 1428 1509"> <tr><td>๑. ลำทะเมนชัย</td><td>๖. ขามทะเลสอ</td></tr> <tr><td>๒. โนนแดง</td><td>๗. เฉลิมพระเกียรติ</td></tr> <tr><td>๓. บ้านเหลื่อม</td><td>๘. สีดา</td></tr> <tr><td>๔. แก้งสนามนาง</td><td>๙. บัวลาย</td></tr> <tr><td>๕. พระทองคำ</td><td>๑๐. เทพารักษ์</td></tr> </table> <p>กลุ่ม ๓. อำเภอที่มีจำนวน อปท. ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ร้อยละ ๘๐ ของจำนวนหน่วยอปท. ให้คงหน่วยเดิมไว้ ๕ คะแนน หน่วยลดลง ๐ คะแนน</p> <table border="1" data-bbox="459 1659 1428 1870"> <tr><td>๑. ปักธงชัย</td></tr> <tr><td>๒. วังน้ำเขียว</td></tr> <tr><td>๓. โนนไทย</td></tr> <tr><td>๔. เมืองยาง</td></tr> </table>	ประเมิน รพท./รพช./สตอ. เฉพาะ รอบ ๒/๒๕๖๗		๑. เมืองนครราชสีมา	๑๐. สีคิ้ว	๒. ปากช่อง	๑๑. จักราช	๓. พินาย	๑๒. สูงเนิน	๔. โชคชัย	๑๓. หนองบุญมาก	๕. ครบุรี	๑๔. เสิงสาง	๖. บัวใหญ่	๑๕. คง	๗. ด่านขุนทด	๑๖. โนนสูง	๘. ชุมพวง	๑๗. ขามสะแกแสง	๙. ประทาย	๑๘. ห้วยแถลง	๑. ลำทะเมนชัย	๖. ขามทะเลสอ	๒. โนนแดง	๗. เฉลิมพระเกียรติ	๓. บ้านเหลื่อม	๘. สีดา	๔. แก้งสนามนาง	๙. บัวลาย	๕. พระทองคำ	๑๐. เทพารักษ์	๑. ปักธงชัย	๒. วังน้ำเขียว	๓. โนนไทย	๔. เมืองยาง
ประเมิน รพท./รพช./สตอ. เฉพาะ รอบ ๒/๒๕๖๗																																			
๑. เมืองนครราชสีมา	๑๐. สีคิ้ว																																		
๒. ปากช่อง	๑๑. จักราช																																		
๓. พินาย	๑๒. สูงเนิน																																		
๔. โชคชัย	๑๓. หนองบุญมาก																																		
๕. ครบุรี	๑๔. เสิงสาง																																		
๖. บัวใหญ่	๑๕. คง																																		
๗. ด่านขุนทด	๑๖. โนนสูง																																		
๘. ชุมพวง	๑๗. ขามสะแกแสง																																		
๙. ประทาย	๑๘. ห้วยแถลง																																		
๑. ลำทะเมนชัย	๖. ขามทะเลสอ																																		
๒. โนนแดง	๗. เฉลิมพระเกียรติ																																		
๓. บ้านเหลื่อม	๘. สีดา																																		
๔. แก้งสนามนาง	๙. บัวลาย																																		
๕. พระทองคำ	๑๐. เทพารักษ์																																		
๑. ปักธงชัย																																			
๒. วังน้ำเขียว																																			
๓. โนนไทย																																			
๔. เมืองยาง																																			

	<p>หมายเหตุ</p> <p>หากหน่วยที่เพิ่มขึ้นไม่ใช่หน่วยที่สังกัด อปท.ให้ทำ MOU กับหน่วยนั้นตามการประกาศ คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติ และกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๖๔</p>
<p>มาตรการที่สำคัญ/ แผนงาน/โครงการ</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประชุมชี้แจงหน่วยในการดำเนินการเรื่องหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๒. กำกับติดตาม ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๓. สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ ๔. สนับสนุนทางวิชาการ ๕. สร้างทีมประเมินมาตรฐานระดับจังหวัด ๖. วางแผนพัฒนามาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉินครบทุกด้าน ๗. การอบรมการคัดแยกผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ฉุกเฉินและสาธารณภัยและการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๕ ระดับ ๘. การประสานงานอปจ./อปท. ในระดับนโยบายในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มเติมในพื้นที่ ๙. การประชาสัมพันธ์หมายเลข ๑๖๖๙ และอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่สำคัญ ๑๐. ติดตามประเมินหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๑. ขึ้นทะเบียน หน่วย คน รถ ให้กับพื้นที่ <p>ระดับอำเภอ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดประชุมชี้แจงหาความร่วมมือในการดำเนินเรื่องหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๒. ชี้แจงเกณฑ์มาตรฐานการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ๓. พัฒนาหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (SAR) สถานที่ อุปกรณ์ คน รถ และระบบสื่อสาร ๔. ช่วยพัฒนาและจัดตั้งหน่วย /การประสานงานการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน อปท./มูลนิธิ ๕. ประเมินตนเองและพัฒนามาตรฐาน TEMSA ๖. รวบรวมเอกสารประกอบการประเมิน ๗. การพัฒนาบุคลากรระดับต่างๆในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๘. การฟื้นฟูความรู้ด้านงานการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ ๙. การพัฒนาความร่วมมือของ อปท. ในการร่วมจัดระบบ EMS ๑๐. การอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) เพื่อการเข้าถึงบริการ ๑๑. การประชาสัมพันธ์หมายเลข ๑๖๖๙ เพื่อการเรียกใช้บริการที่เพิ่มขึ้นและในกลุ่มที่ควรเรียกใช้บริการ ๑๒. การอบรมการใช้เครื่อง AED และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) สู่สาธารณะ ๑๓. ดำรงหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

	<p>ระดับตำบล</p> <p>๑.การประสานงานการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน อปท./มูลนิธิ</p> <p>๒.การอบรมอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อนช.) เพื่อการเข้าถึงบริการ</p> <p>๓.การประชาสัมพันธ์หมายเลข๑๖๖๙เพื่อการเรียกใช้บริการที่เพิ่มขึ้น และในกลุ่มที่ควรเรียกใช้บริการ</p> <p>๔.การอบรมการใช้เครื่อง AED และการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (CPR) สู่สาธารณะ</p> <p>๕.ชำระหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่</p>
กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์ / e-mail	นางสรภัส เพชรอรุณ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๖๔๙๙-๒๔๕๓ e-mail ; sorrapas_a@hotmail.com นายวีระชน เกลียวกลม เบอร์โทรศัพท์ ๐๘-๙๒๕๕-๙๓๐๘ e-mail ; veerachon_k@hotmail.com น.ส.เปมิกา อัครวรรตต์ เบอร์โทรศัพท์ ๐๖-๔๒๖๒-๕๖๔๕ e-mail ; nittansita@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๓๔	ร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลมีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑.ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลมีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>๒. \geq ร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลมีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน แบ่งตามระดับโรงพยาบาล(F3-A)ของกรมการแพทย์</p> <p>๓. มีแนวทางและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่(Aging Mobile Clinic)เพื่อรองรับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงจากการคัดกรองในชุมชน</p> <p>๔. มีระบบการบริการแพทย์ทางไกล(Telemedicine)</p>
ความหมาย/ คำ นิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ(Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ ๑ คน ต้องได้รับการคัดกรองสุขภาพ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ กลุ่มอาการสูงอายุ ภาวะถดถอย ๙ ด้าน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ(Activities of Daily Living : ADL)</p> <p>(คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่ตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p>

	<p>จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ(F3-A) กำหนดแนวทางดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟิ้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ มีการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล <p>เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น ๓ ระดับ</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลระดับ F1 – F3 โรงพยาบาลระดับ M1 – M2 โรงพยาบาลระดับ S – A <p>ระบบแพทย์ทางไกล(Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่แห่งหนึ่ง โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล(HIS : Hospital Information System)</p>																				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อคัดกรอง ป้องกัน ส่งเสริม วินิจฉัย รักษา ฟิ้นฟูสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ(Geriatric Syndromes) อย่างเหมาะสม มีระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรับบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงจากการคัดกรองในชุมชน มีบริการแพทย์ทางไกลเพื่อเพิ่มความสะดวกในการรับบริการของผู้สูงอายุ 																				
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>- ร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไป ที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="443 1178 1490 1384"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี ๒๕๖๓</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน</td> <td>-</td> <td>๑๐๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="443 1402 1490 1608"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปี ๒๕๖๓</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ</td> <td>-</td> <td>๗๕</td> <td>๘๗.๕</td> </tr> </tbody> </table> <p>- ร้อยละโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ</p> <table border="1" data-bbox="545 1677 1386 1780"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	-	๑๐๐	๑๐๐	ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ	-	๗๕	๘๗.๕	ตัวชี้วัด	ร้อยละ	โรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	๑๐๐
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕																		
ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	-	๑๐๐	๑๐๐																		
ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕																		
ร้อยละของ รพ. ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ	-	๗๕	๘๗.๕																		
ตัวชี้วัด	ร้อยละ																				
โรงพยาบาลทุกแห่งที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ	๑๐๐																				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป)																				
แหล่งข้อมูล	<p>- รายงานเฉพาะกิจ</p> <p>- Website สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)</p>																				

วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. ประเมินผลจากรายงานเฉพาะกิจ ๒. ประเมินผลจาก Website สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ในการประเมินคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์คุณภาพและพื้นฐาน																										
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา C = จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน แบ่งตามระดับโรงพยาบาล(F3-A) ของกรมการแพทย์ -ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลมีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด = $(A/B) \times 100$ -> ร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลมีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน แบ่งตามระดับโรงพยาบาล (F3-A) ของกรมการแพทย์ = $(C/B) \times 100$																										
เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผล การดำเนินงาน)	<p>ประเมินโรงพยาบาลทุกแห่ง ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ และ ๒/๒๕๖๗ ใช้ผลงานตามช่วงเวลา ตามคณะกรรมการประเมินผล กำหนด</p> <p>๑. มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ของกรมการแพทย์</p> <table border="1" data-bbox="443 949 1453 1214"> <thead> <tr> <th>มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของ กรมการแพทย์</th> <th>ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตาม ระดับ รพ.</th> <th colspan="3">ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามระดับ รพ.</th> <th>ไม่ ดำเนินการ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ช่วงคะแนนประเมิน</td> <td>๒๐-๒๒</td> <td>๑๕-๒๐</td> <td>๑๐-๑๕</td> <td><๑๐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๕</td> <td>๔</td> <td>๓</td> <td>๒</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒. มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ อย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อปี</p> <table border="1" data-bbox="671 1267 1259 1373"> <thead> <tr> <th>มีการดำเนินงาน</th> <th>ไม่มีการดำเนินงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒.๕</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๓. มีการจัดบริการระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine)</p> <table border="1" data-bbox="671 1426 1259 1532"> <thead> <tr> <th>มีการดำเนินงาน</th> <th>ไม่มีการดำเนินงาน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒.๕</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>วิธีคิดคะแนน : $\frac{๑+๒+๓}{๒}$</p> <p>หมายเหตุ : รพ.ทุกแห่งต้องยื่นความจำนงในการประเมินตนเองผ่าน Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หรือส่งเอกสารการประเมินมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา และส่งข้อมูลรายงานตามที่กรมการแพทย์กำหนด</p>	มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของ กรมการแพทย์	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตาม ระดับ รพ.	ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามระดับ รพ.			ไม่ ดำเนินการ	ช่วงคะแนนประเมิน	๒๐-๒๒	๑๕-๒๐	๑๐-๑๕	<๑๐		ระดับคะแนน	๕	๔	๓	๒	๐	มีการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินงาน	๒.๕	๐	มีการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินงาน	๒.๕	๐
มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ของ กรมการแพทย์	ผ่านเกณฑ์ คุณภาพตาม ระดับ รพ.	ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ตามระดับ รพ.			ไม่ ดำเนินการ																						
ช่วงคะแนนประเมิน	๒๐-๒๒	๑๕-๒๐	๑๐-๑๕	<๑๐																							
ระดับคะแนน	๕	๔	๓	๒	๐																						
มีการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินงาน																										
๒.๕	๐																										
มีการดำเนินงาน	ไม่มีการดำเนินงาน																										
๒.๕	๐																										

มาตรการที่สำคัญ	มาตรการ/กิจกรรมระดับจังหวัด	มาตรการ/กิจกรรมระดับอำเภอ	มาตรการ/กิจกรรมระดับตำบล
	<p>๑. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เน้นเรื่องหกล้มและสมองเสื่อม</p> <p>๒. สนับสนุน ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การจัดการบริการระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ ใน รพช. ทุกแห่ง</p> <p>๓. กำกับ ติดตาม ให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ คัดกรอง กลุ่มอาการ geriatric syndromes และมีระบบการดูแลรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อ ส่งกลับ เน้นเรื่องภาวะสมองเสื่อมและหกล้ม ใน รพ.</p>	<p>๑. สนับสนุน ส่งเสริม ให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ/ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ใน รพช.ทุกแห่ง</p> <p>๒. มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยคัดกรอง กลุ่มอาการ geriatric syndromes และมีระบบการดูแลรักษาต่อเนื่อง การส่งต่อ ส่งกลับ เน้นเรื่องภาวะสมองเสื่อมและหกล้ม ใน รพ.</p> <p>๓. มีการจัดการบริการระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ เพื่อรองรับการคัดกรองกลุ่มที่มีความเสี่ยงให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม</p> <p>๔. ติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ.ในชุมชน</p>	<p>๑. ดำเนินการคัดกรอง คัดแยกประเมินสุขภาพและ ADL ผู้สูงอายุ ส่งต่อ เมื่อพบภาวะผิดปกติ</p> <p>๒. จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างน้อย ๒ เรื่อง คือภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม</p> <p>๓. ภาควิชาอายุรศาสตร์มีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา		
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร /e-mail	<p>๑. นางกณติกา เนตรสรระน้อย ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๓๘๗๒๗</p> <p>๒. นางจิตติกาญจน์ หอมตา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘ ๑๐๖๘ ๓๙๒๙ E-mail : aging2557@gmail.com</p>		

ตัวชี้วัดที่ ๓๕	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน											
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ๓.๖ :๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ											
ความหมาย/คำนิยาม	อัตราการตายทารกแรกเกิด หมายถึง จำนวนทารกตายภายใน ๒๘ วัน ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ											
วัตถุประสงค์	๑.เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด เพื่อลดการตายของทารกจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ๒.พัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก											
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>๒๕๖๔</th> <th>๒๕๖๕</th> <th>๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เป้าหมาย (ร้อยละ)</td> <td>๒.๖๒</td> <td>๔.๑๓</td> <td>๒.๙๑</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๒.๖๒	๔.๑๓	๒.๙๑
ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖									
เป้าหมาย (ร้อยละ)	๒.๖๒	๔.๑๓	๒.๙๑									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การตายทารกแรกเกิดภายใน ๒๘ วันแรก											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ,HDC,ทะเบียนราษฎร์											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการทุกระดับบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1000$ A = จำนวนทารกตายภายใน ๒๘ วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด B = จำนวนทารกเกิดมีชีพ ในช่วงเวลาเดียวกัน											
เกณฑ์การให้คะแนน	ไม่นับคะแนนระดับอำเภอ											
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ											
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	นางสาวจิราพรรณ รักดีณรงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๔ ๔๒๖๓ E-mail: mchb509@gmail.com											

ตัวชี้วัดที่ ๓๖	อัตราส่วนการตายมารดาไทย			
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ๑๗:๑๐๐,๐๐๐ การเกิดมีชีพ			
ความหมาย/คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิด ความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์ หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ			
วัตถุประสงค์	๑.เฝ้าระวังสุขภาพของมารดา และทารก ช่วงหลังคลอด เพื่อลดการตายของมารดาและทารก อย่างมีประสิทธิภาพ ๒.พัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก			

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ปีงบประมาณ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๒๐.๙๗	๓๓.๒๔	๒๖.๖๖
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ,ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน ๒๔ ชั่วโมง ๒. สถานบริการสาธารณสุขส่งแบบสอบสวนการตายมารดา แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาแก่ศูนย์อนามัย ๔. ศูนย์อนามัยรายงานการตายมารดาต่อกรมอนามัยภายใน ๓๐ วัน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ๔๒ วันหลังคลอด ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน			
เกณฑ์การให้ คะแนน	ไม่นับคะแนนระดับอำเภอ			
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	นางสาวจิราพรรณ ภัคดิณรงค์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๔ ๔๒๖๓ E-mail: mchb509@gmail.com			

ตัวชี้วัดที่ ๓๗	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๓
ความหมาย/คำ นิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน</p> <p>จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ(multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69</p>

คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย

อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคะ มาวาตา และลมอุทธังคะมาวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19

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

๑. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
 - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
 - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
 - การฝังเข็ม
๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัชชารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง

(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้
 - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60
 - เลือดออกในสมองใหญ่: I61
 - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62
 - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63
 - โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าจะเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I64
 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65
 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I66
 - โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67
 - โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68
 - ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69

	<p>๒. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้าน การแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U61.0 - อัมพาตครึ่งซีก: U61.10 - อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11 - อัมพาตทั้งตัว: U61.12 - อัมพาตเฉพาแขน: U61.13 - อัมพาตเฉพาขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 <p>ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือการสั่งจ่ายยาสมุนไพร เตี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการ สาธารณสุขทุกระดับ</p> <p>๓. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้าน การแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110 - อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111 - โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดเลือด สมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U๗๘.๑๑๗ ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่ เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ <p>9991801 Electro-acupuncture therapy</p> <p>9991810 Single-handed needle insertion</p>
--	--

	9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling											
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน											
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเด็น</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๖๔</th> <th>๒๕๖๕</th> <th>๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๑๐.๓๓</td> </tr> </tbody> </table>	ประเด็น	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-	-	๑๐.๓๓
ประเด็น	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.											
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖									
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	-	-	๑๐.๓๓									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก											
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/))											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการ (900-77-00) ถึง (900-78-88) หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัว มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก											

	<p>B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 160 ถึง 169 ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก</p> <p>C= ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) $C=(A/B) \times 100$</p>												
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)</p> <table border="1" data-bbox="453 786 1465 1626"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) < ๑.๕</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๑.๕</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๒</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๒.๕</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๓</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	คำอธิบาย	๑	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) < ๑.๕	๒	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๑.๕	๓	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๒	๔	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๒.๕	๕	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๓
คะแนน	คำอธิบาย												
๑	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) < ๑.๕												
๒	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๑.๕												
๓	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๒												
๔	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๒.๕												
๕	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(Community base) ≥ ๓												
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>												
<p>ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>ภก.ประกอบ เจียนมะเร็ง , ภญ.ดณยฉัตร พานิชเลิศ, นางสาวเกวลิน นันทชัยศรี /๐๔๔-๔๖๕๐๑๑ ต่อ ๔๒๔, ๐๘๗ ๘๖๙ ๓๙๕๕/panthai_424@hotmail.com</p>												

ตัวชี้วัดที่ ๓๘	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๓๕
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD)รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>๐๓ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม</p> <p>๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การบำบัดมือเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก

	<p>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑. โรคสตรี: U50 ถึง U52</p> <p>๒. โรคเด็ก: U54 ถึง U55</p> <p>๓. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60</p> <p>๔. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72</p> <p>๕. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75</p> <p>๖. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77</p> <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)</p> <p>1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน</p> <p>11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน</p> <p>11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน</p> <p>1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารท่าทางการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p>
--	--

	<p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)</p> <p>11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>11102 การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Caeb Diet)</p> <p>11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p> <p>11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น</p> <p>11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมชาติ (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วย อาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาพที่ดี)</p> <p>๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลังรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</p> <p>๑. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78</p> <p>๒. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification /Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)</p>

ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
	Baseline data	หน่วยวัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
			รพ.สต.	ร้อยละ	๒๘.๖๘
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE))				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือการให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z</p> <p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79 ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)</p> <p>C = ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> $C = (A/B) \times 100$				

เกณฑ์การให้คะแนน	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
	คะแนน	คำอธิบาย
	๑	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก < ๒๙
	๒	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก \geq ๒๙
	๓	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก \geq ๓๑
	๔	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก \geq ๓๓
	๕	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก \geq ๓๕
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทร/e-mail	ภก.ประกอบ เจียนมะเร็ง , ภญ.ศณยฉัตร พานิชเลิศ, นางสาวเจนจิรา ช่วยคุณ /๐๔๔-๔๖๕๐๑๑ ต่อ ๔๒๔, ๐๘๗ ๘๖๙ ๓๙๕๕/panthai_424@hotmail.com	

ตัวชี้วัดที่ ๓๙	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ -ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	
เกณฑ์เป้าหมาย	รายการ	ปี ๒๕๖๗
	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>๒. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	

	<p>๓. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๔. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา (ตั้งผลงานด้วยรหัสยา ๒๔ หลัก)</p> <p>๕. Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD๑๐ กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)(ได้แก่ ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้</p> <p>๑.. กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48</p> <p>๒. กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03</p> <p>๓. โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5</p> <p>๔. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44</p> <p>๕. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50</p> <p>๖. ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K๗๒ หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>๗. ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>๘. ผู้สูงอายุ (อายุ > ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๗ กลุ่มโรคตามข้อ ๓.๑ – ๓.๗ และภาวะพึ่งพิง ICD-๑๐ รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>๙. ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>***ทั้งนี้ต้องมีรหัสวินิจฉัย เป็น Z 51.5 ด้วยเท่านั้น***</p>											
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>๒. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์</p>											
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1" data-bbox="475 1659 1465 1951"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ประเด็น</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๖๔</th> <th>๒๕๖๕</th> <th>๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</td> <td>-</td> <td>๕.๐๘</td> <td>๑๑.๘๐</td> </tr> </tbody> </table>	ประเด็น	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	-	๕.๐๘	๑๑.๘๐
ประเด็น	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖									
ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	-	๕.๐๘	๑๑.๘๐									

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Palliative care และผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ใน สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข												
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/))												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ A1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทาง การแพทย์(คน) B1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(คน) C1 = ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ $C1 = (A1/B1) \times 100$												
เกณฑ์การให้ คะแนน	๑.ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>คำอธิบาย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑</td> <td>ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ < ๒</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๒</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๓</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๔</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๕</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	คำอธิบาย	๑	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ < ๒	๒	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๒	๓	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๓	๔	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๔	๕	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๕
คะแนน	คำอธิบาย												
๑	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ < ๒												
๒	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๒												
๓	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๓												
๔	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๔												
๕	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ≥ ๕												
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก												
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทร/e-mail	ภก.ประกอบ เจียนมะเร็ง , ภญ.ดณยฉัตร พานิชเลิศ, นางสาวค่านาง กาศนิท /๐๔๔- ๔๖๕๐๑๑ ต่อ ๔๒๔, ๐๘๗ ๘๖๙ ๓๙๕๕/panthai_424@hotmail.com												

ตัวชี้วัดที่ ๔๐	ร้อยละ ๕๐ ของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District)
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ๑. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ RDU Hospital ชั้นที่ ๑ (๑-๕ ข้อ) ทุกแห่ง ชั้นที่ ๒ (๖-๙ ข้อ) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ชั้นที่ ๓ (๑๐-๑๒ ข้อ) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การใช้ยา ATB ใน URI และ AD ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด ในอำเภอ ๓. อำเภอขับเคลื่อนการพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผลดำเนินการตามมาตรการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน(RDU community)
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ตามแนวทาง PLEASE ดังนี้</p> <p><u>กิจกรรมที่ ๑ (P = PTC ; Pharmaceutical and Therapeutic Committee)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) จัดทำคำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์/แพทย์เฉพาะทาง/ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สาธารณสุข อำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ และกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ ๒) จัดการประชุมอย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง โดยมีการกำหนดวาระและสรุปรายงานการประชุม ที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณากรอบบัญชียา(รพ. และ รพ.สต.) ค้นหา/วิเคราะห์ปัญหาด้านการใช้ยา การจัดทำแผนงาน/โครงการ การกำกับติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุผล ๓) จัดส่งผลการประเมินศักยภาพคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี <p><u>กิจกรรมที่ ๒ (L = labelling/communication)</u></p> <p>จัดทำโครงการ/กิจกรรม/สื่อสนับสนุน เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลการใช้ยาให้กับประชาชน เช่น การจัดทำฉลากภาษาไทย การพัฒนาระบบ counseling/ระบบให้คำปรึกษาด้านยา โดยเน้นความร่วมมือในการใช้สื่อทั้งด้านผู้ให้และผู้รับบริการ</p> <p><u>กิจกรรมที่ ๓ (E = Essential tools และ S = Special population)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) โรงพยาบาลจัดทำเกณฑ์การสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเกณฑ์การสั่งใช้ยาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (S = Special population) ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีมีครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยา โดยกำหนดให้อัตราการใช้ยาไม่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดใน ตัวชี้วัดย่อย

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดความคุ้มค่าและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยการขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการสหวิชาชีพระดับอำเภอ ตามแนวทาง “PLEASE”</p> <p>๒. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก (Proactive Hospital based surveillance)/(Active Community based Surveillance)/(Community Participation)/(Good Privated Sector)/ (RDU Literacy)</p>																							
ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline data)/ ผลงานย้อนหลัง๓ปี	<p>๑.การใช้ยาอย่างสมเหตุผลของจังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๓๓ แห่ง</p> <table border="1" data-bbox="453 577 1445 857"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ปีงบประมาณ</th> <th colspan="3">หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ RDUแต่ละด้าน (แห่ง;%)</th> <th rowspan="2">RDU District</th> </tr> <tr> <th>RDU Hosp.</th> <th>RDU PCU</th> <th>RDU Communication</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>๓๓(๑๐๐.๐๐)</td> <td>๙(๒๗.๒๗)</td> <td>๕(๑๕.๑๕)</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>๑๙(๕๗.๕๗)</td> <td>๒๙(๘๒.๘๖)</td> <td>๒๙(๘๒.๘๖)</td> <td>๑๔/๓๒(๔๓.๗๕)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๖</td> <td>๒๐(๖๐.๖๐)</td> <td>๒๗(๘๑.๘๑)</td> <td>๓๓ (๑๐๐.๐๐)</td> <td>๑๕/๓๒ (๔๖.๘๘)</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ RDUแต่ละด้าน (แห่ง;%)			RDU District	RDU Hosp.	RDU PCU	RDU Communication	๒๕๖๔	๓๓(๑๐๐.๐๐)	๙(๒๗.๒๗)	๕(๑๕.๑๕)	-	๒๕๖๕	๑๙(๕๗.๕๗)	๒๙(๘๒.๘๖)	๒๙(๘๒.๘๖)	๑๔/๓๒(๔๓.๗๕)	๒๕๖๖	๒๐(๖๐.๖๐)	๒๗(๘๑.๘๑)	๓๓ (๑๐๐.๐๐)	๑๕/๓๒ (๔๖.๘๘)
ปีงบประมาณ	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ RDUแต่ละด้าน (แห่ง;%)			RDU District																				
	RDU Hosp.	RDU PCU	RDU Communication																					
๒๕๖๔	๓๓(๑๐๐.๐๐)	๙(๒๗.๒๗)	๕(๑๕.๑๕)	-																				
๒๕๖๕	๑๙(๕๗.๕๗)	๒๙(๘๒.๘๖)	๒๙(๘๒.๘๖)	๑๔/๓๒(๔๓.๗๕)																				
๒๕๖๖	๒๐(๖๐.๖๐)	๒๗(๘๑.๘๑)	๓๓ (๑๐๐.๐๐)	๑๕/๓๒ (๔๖.๘๘)																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานพยาบาลรัฐและเอกชน ร้านขายยา และสถานประกอบการที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ																							
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC /HPVC แบบรายงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๗ แบบรายงานด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ปี ๒๕๖๗ (onedrive คบส ๒๕๖๗)																							
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. การสำรวจโดยแบบประเมิน/แบบสอบถาม</p> <p>๒. การรายงานในแบบรายงาน/ระบบรายงาน</p>																							
สูตรการคำนวณ	<p>(A/B) X 100</p> <p>A = อำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>B = จำนวนอำเภอทั้งหมด (๓๒ อำเภอ)</p>																							
เกณฑ์การประเมินหรือให้คะแนนในการประเมินผล	<p><u>ประเมินครั้งที่ ๑ และ ครั้งที่ ๒ /๒๕๖๗</u></p> <p><u>ระดับโรงพยาบาล</u> (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)</p> <p>๑. ด้าน RDU๑ (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)</p> <p> ๑.๑ รายงานอัตราใช้ยาจากรายงานระบบ HDC ผ่านเกณฑ์ในกลุ่มโรคดังนี้ (๕๐ คะแนน)</p> <p> ๑.๑.๑ โรคติดเชื้อทางเดินใจส่วนบน(URI) รพช. ≤ ๒๐% รพท./รพศ. ≤ ๓๐% (๑๕ คะแนน)</p> <p> ๑.๑.๒ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤๒๐% (๑๕ คะแนน)</p> <p> ๑.๑.๓ ผลสดอุบัติเหตุ ≤๕๐% (๑๕ คะแนน)</p> <p> ๑.๑.๔ ผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา ICS ≥ ๘๐% (๕ คะแนน)</p>																							

	<p>๒. ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ ดำเนินการประเมินตามเกณฑ์ปี ๒๕๖๗ (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน)</p> <p>๒.๑ ส่งผลการประเมินครบทุกหมวด (๕ คะแนน)</p> <p>๒.๒ ส่งผลการประเมินทันเวลา (๕ คะแนน)</p> <p>๒.๓ มีผลการสำรวจเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓. ด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) (คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน)</p> <p>๓.๑ ดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance) (๑๕ คะแนน)</p> <p>๓.๑.๑ มีการรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามแบบรายงานที่กำหนดไว้ได้อย่างครบถ้วนและทันเวลาที่กำหนด (๗.๕ คะแนน) โดยข้อมูลที่ต้องรายงาน เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มอาการ Cushing's syndrome สัมพันธ์กับการใช้ยาสเตียรอยด์ - กลุ่มอาการ GI bleeding, Renal Failure สัมพันธ์กับการใช้ยา NSAIDs - กลุ่มอาการ Cardiomyopathy due to drugs and other external agent สัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์ลดความอ้วนที่มียาไซบูทรามิน (Sibutramine) <p>๓.๑.๒ มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพไปที่ศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Health Product Vigilance Center) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรณีที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยดึงข้อมูลจากรายงาน HPVC ของกระทรวง (๗.๕ คะแนน)</p> <p>๓.๒ มีโครงการส่งเสริมเพื่อสร้างความรอบรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน ที่จัดขึ้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๗</p> <p><u>หมายเหตุ</u> ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ ส่งแผนงานโครงการปี๒๕๖๗</p> <p>ประเมินครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ มี One page สรุปการจัดโครงการทั้งหมด (๑๕ คะแนน)</p> <p><u>ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)</u></p> <p>๑. ด้าน RDU2 คือ จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยา ATB ในกลุ่มอาการ/โรค URI และ AD <u>ทั้ง ๒ โรค</u> ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่าย (๕๐ คะแนน)</p> <p><u>หมายเหตุ</u> ข้อมูลการใช้ยา ATB จากรายงานระบบ HDC</p>
--	--

๒. **ด้านการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)**
(คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)

๒.๑ มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) คือ มีแผนปฏิบัติการ โครงการ กิจกรรมจัดการ ปัญหา หรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่สมเหตุผลในชุมชนอย่างน้อย ๑ ตำบลต่อ อำเภอและมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.และ พชต. หรือ คณะกรรมการอื่นที่มีบทบาทหน้าที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในชุมชน ปี๒๕๖๗ (๑๐ คะแนน)

๒.๒ มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) เช่น ร้านชำ ร้านยา คลินิก โดยดึงข้อมูลรายงานจากระบบ One drive online ของ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา (๑๐ คะแนน)

- มีฐานข้อมูลร้านชำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยประเมินจากระบบ One drive online ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา (๕ คะแนน)
- มีผลตรวจร้านชำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยประเมินจากระบบ One drive online ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา (๕ คะแนน)

๒.๓ การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(Rational Drug Use) ในชุมชน ประชาชน นักเรียน หรือ อสม. โดยสรุปข้อมูลจากปัญหาที่พบในพื้นที่ มีแนวทางการแก้ไขปัญหา และภาพรวมของปัญหาในระดับอำเภอ (๓๐ คะแนน)
 ประกอบด้วย

๒.๓.๑ มีรายงานการประชุมของคณะกรรมการ พขอ.หรือ พชต. หรือ คณะกรรมการอื่น ๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการใช้ยาในชุมชน อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (๑๕ คะแนน)

๒.๓.๒ มีรายงานผลการจัดโครงการหรือกิจกรรมตามแผนงานข้อ ๒.๑ ในรูปแบบ ของ One page จำนวน ๑ หน้ากระดาษ A๔ (๑๕ คะแนน)

หมายเหตุ - กรณีจัดกิจกรรมในรูปแบบ Onsite ให้ดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง Covid-19 ของคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อ

- สามารถจัดกิจกรรมรูปแบบ Online ได้

	<p>ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)</p> <p>๑. ด้านการใช้จ่ายปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน รพ.สต. (คะแนน ๕๐)</p> <p>๑.๑ % การใช้จ่าย ATB ในกลุ่มอาการ/โรค URI $\leq 20\%$ (คะแนนเต็ม ๒๕ คะแนน)</p> <p>๑.๒ % การใช้จ่าย ATB ในกลุ่มอาการ/โรค AD $\leq 20\%$ (คะแนนเต็ม ๒๕ คะแนน)</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลการใช้จ่าย ATB จากรายงานระบบ HDC ณ วันที่กลุ่มงานยุทธศาสตร์กำหนด</p> <p style="text-align: center;"> $> 80\% = 5$ $> 60 - 80\% = 10$ $> 40 - 60\% = 15$ $> 20 - 40\% = 20$ $\leq 20\% = 25$ </p> <p>๒. ด้านผลการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (คะแนน ๕๐)</p> <p>คิดจากร้อยละคะแนนตามเกณฑ์เภสัชกรรมปฐมภูมิจังหวัดนครราชสีมาปี ๒๕๖๗ ทุกหมวดรวมกัน โดยกำหนดเงื่อนไข รพ.สต. ต้องได้คะแนนในหมวดงานบริการเภสัชกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของคะแนนเต็มในหมวดนี้</p> <p>หมายเหตุ ๑. ประเมินรอบ ๑,๒/๖๗ ใช้ผลคะแนนเภสัชกรรมปฐมภูมิครั้งที่ ๑/๖๗ ร้อยละของคะแนนเภสัชกรรมปฐมภูมิ ทุกหมวด</p> <p style="text-align: center;"> $< 50\% = 10$ $50 - < 60\% = 20$ $60 - < 70\% = 30$ $70 - < 80\% = 40$ $80 - 100\% = 50$ </p> <p>หมายเหตุ ๑. ประเมินครั้งที่ ๑,๒ ปี ๒๕๖๖ ใช้ผลคะแนนเภสัชกรรมปฐมภูมิครั้งที่ ๑ ปี ๒๕๖๗</p>
<p>กลุ่มงานรับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (คปส.)</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์ /e-mail</p>	<p>๑. นางศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล E-mail : dmsickorat@hotmail.com</p> <p>๒. นายจักรี แก้วคำบัง E-mail : pharpcukorat@outlook.com</p> <p>๓. นางสาวสรัญญาพร รักษ์วิชานันท์ E-mail : fdakorat@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์ ๐๔๔ - ๔๖๕๐๑๐ - ๑๐ ต่อ ๑๐๕, ๑๐๖</p>

ตัวชี้วัดที่ ๔๑	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (AMR)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดของ รพ S M1 ไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีปฏิทิน ๒๕๖๔
ความหมาย/คำ นิยาม	<p>จังหวัดนครราชสีมาสนับสนุนให้โรงพยาบาลขนาด A-M1 ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลปากช่อง โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โรงพยาบาลพิมาย และโรงพยาบาลบัวใหญ่</p> <p>ดำเนินกิจกรรม ๕ ด้านเพื่อส่งเสริมให้เกิดการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ด้านกลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๒. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๓. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๔. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๕. การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน <p>อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด รายละเอียดการดื้อยา ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. Acinetobacter baumannii ดื้อต่อยา Carbapenem หรือ Colistin ๒. Pseudomonas aeruginosa ดื้อต่อยา Antipseudomonal penicillin(Piperacillin + Tazobactam) หรือ Carbapenem หรือ Colistin ๓. Klebsiella pneumoniae ดื้อต่อยา Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) หรือ Carbapenem (CRE) หรือ Colistin ๔. Staphylococcus aureus ที่ดื้อต่อยา Methicillin (MRSA) หรือ Vancomycin(VISA and VRSA) ๕. Escherichia coli ดื้อต่อยา Colistin หรือ Carbapenem(CRE) หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin(Ceftriaxone or Cefotaxime) รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ หน้า :: ๑๕๕๖. ๖. Salmonella spp. ดื้อต่อยา Colistin หรือ Fluoroquinolone (Ciprofloxacin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime) ๗. Enterococcus faecium ดื้อต่อยา Vancomycin (VRE) ๘. Streptococcus pneumoniae ดื้อต่อยา Penicillin (Ampicillin) หรือ Macrolide (Erythromycin) หรือ Extended-Spectrum Cephalosporin (Ceftriaxone or Cefotaxime)
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เกิดความคุ้มค่าและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยโรงพยาบาลเป้าหมายทั้ง ๕ ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองระดับ Intermediate และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีปฏิทิน ๒๕๖๔

<p>ข้อมูลพื้นฐาน ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี</p>	<p>การจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ รพ.มหาราชนครราชสีมา รพ.เทพรัตนนครราชสีมา รพ.ปากช่องนานา รพ.พิมาย รพ.บัวใหญ่</p> <table border="1" data-bbox="456 309 1497 680"> <thead> <tr> <th>ปี งบประมาณ</th> <th>รพ.มีการจัดการ AMR อย่างบูรณา การ ระดับ Intermediate ขึ้นไป</th> <th>รพ.มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลง ๑๕.๐๐% เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๓</td> <td>๔ (๑๐๐.๐๐)</td> <td>๑ (๒๕.๐๐)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>๓ (๗๕.๐๐)</td> <td>๒ (๖๖.๖๗)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>๔ (๑๐๐.๐๐)</td> <td>๒ (๖๖.๖๗)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๖</td> <td>๔ (๑๐๐.๐๐)</td> <td>๑ (๒๕.๐๐)</td> </tr> </tbody> </table> <p>*ผลงานปี ๒๕๖๕ จำนวนอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดเทียบกับปี ๖๓ ผลงานปี ๒๕๖๖ จำนวนอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดเทียบกับปี ๖๔</p>	ปี งบประมาณ	รพ.มีการจัดการ AMR อย่างบูรณา การ ระดับ Intermediate ขึ้นไป	รพ.มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลง ๑๕.๐๐% เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑	๒๕๖๓	๔ (๑๐๐.๐๐)	๑ (๒๕.๐๐)	๒๕๖๔	๓ (๗๕.๐๐)	๒ (๖๖.๖๗)	๒๕๖๕	๔ (๑๐๐.๐๐)	๒ (๖๖.๖๗)	๒๕๖๖	๔ (๑๐๐.๐๐)	๑ (๒๕.๐๐)
ปี งบประมาณ	รพ.มีการจัดการ AMR อย่างบูรณา การ ระดับ Intermediate ขึ้นไป	รพ.มีอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด ลดลง ๑๕.๐๐% เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๑														
๒๕๖๓	๔ (๑๐๐.๐๐)	๑ (๒๕.๐๐)														
๒๕๖๔	๓ (๗๕.๐๐)	๒ (๖๖.๖๗)														
๒๕๖๕	๔ (๑๐๐.๐๐)	๒ (๖๖.๖๗)														
๒๕๖๖	๔ (๑๐๐.๐๐)	๑ (๒๕.๐๐)														
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>รพ.มหาราชนครราชสีมา รพ.เทพรัตนนครราชสีมา รพ.ปากช่องนานา รพ.พิมาย รพ.บัวใหญ่</p>															
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>ข้อมูลจากระบบรายงานเฉพาะกิจ AMR กระทรวงสาธารณสุข</p>															
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>การรายงานในแบบรายงาน/ระบบรายงาน</p>															
<p>สูตรการคำนวณ</p>	<p>จังหวัดนครราชสีมาสนับสนุนให้โรงพยาบาลขนาด A-M1 ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลปากช่อง โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา โรงพยาบาลพิมาย โรงพยาบาลบัวใหญ่</p> <p>ดำเนินกิจกรรม ๕ ด้านเพื่อส่งเสริมให้เกิดการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.ด้านกลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๒.การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๓.การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๔.การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน ๕.การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ เกณฑ์การประเมินตนเอง ๑๐๐ คะแนน <p>ตารางที่ ๑ การแปลผลการประเมินตนเองด้าน AMR จะแบ่งเป็น ๔ ระดับดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="456 1630 1497 2047"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>การแปลผลการประเมิน</th> <th>คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ ๑</td> <td>มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)</td> <td>๐ - ๑๕๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ ๒</td> <td>มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)</td> <td>≥ ๑๕๐ - ๒๕๐ คะแนน และข้อบ่งชี้ >๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ ๓</td> <td>มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)</td> <td>≥ ๒๕๐ - ๓๕๐ คะแนน และข้อบ่งชี้ >๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ระดับ ๔</td> <td>มีการดำเนินงานขั้นสูง (Advance)</td> <td>≥ ๓๕๐ - ๕๐๐ คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน	ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	๐ - ๑๕๐ คะแนน	ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)	≥ ๑๕๐ - ๒๕๐ คะแนน และข้อบ่งชี้ >๐ คะแนน	ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ - ๓๕๐ คะแนน และข้อบ่งชี้ >๐ คะแนน	ระดับ ๔	มีการดำเนินงานขั้นสูง (Advance)	≥ ๓๕๐ - ๕๐๐ คะแนน
ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน														
ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	๐ - ๑๕๐ คะแนน														
ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)	≥ ๑๕๐ - ๒๕๐ คะแนน และข้อบ่งชี้ >๐ คะแนน														
ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ - ๓๕๐ คะแนน และข้อบ่งชี้ >๐ คะแนน														
ระดับ ๔	มีการดำเนินงานขั้นสูง (Advance)	≥ ๓๕๐ - ๕๐๐ คะแนน														

	<p>อัตราการติดเชื้อมีค่าในกระแสเลือด หมายถึงอัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือดคำนวณ ดังนี้</p> <p>วิธีการคำนวณ</p> $\frac{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ที่ดื้อยา ในกระแสเลือด}}{\text{ผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด}} \times 100$
เกณฑ์การประเมินหรือให้คะแนนในการประเมินผล)	<p>ประเมินครั้งที่ ๑ และ ครั้งที่ ๒ / ๒๕๖๗</p> <p>ระดับโรงพยาบาล (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)</p> <p>๒ การจัดการการดื้อยา (AMR) กรณีเป็นโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อมีค่าในกระแสเลือด (๑๐๐ คะแนน)</p> <p>หมายเหตุ ประเมินเฉพาะ รพ. ขนาด A,S,M1</p> <p>๒.๑ อัตราเชื้อมีค่าไม่เพิ่มขึ้นเทียบกับปี ๒๕๖๔ (๗๐ คะแนน)</p> <p>๒.๒ มีแบบประเมินตนเองผ่าน intermediate (๓๐ คะแนน)</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (คป.)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินการเบอร์โทรศัพท์ /e-mail	<p>๑. นางศุภิตา วิสุทพิพัฒน์สกุล E-mail : dmsickorat@hotmail.com</p> <p>๒. นายจักรี แก้วคำบัง E-mail : pharpcukorat@outlook.com</p> <p>๓. นางสาวสร้อยญาพร รักวิชานันท์ E-mail : fdakorat@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์ ๐๔๔ - ๔๖๕๐๑๐ - ๑๐ ต่อ ๑๐๕, ๑๐๖</p>

ตัวชี้วัดที่ ๔๒	ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๗๕
ความหมาย/คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>๑. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หรือ Advance Course</p> <p>๒. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>

	<p>และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
วัตถุประสงค์	<p>-เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>-เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</p>
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<p>ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๙.๑๔</p> <p>ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๖๓.๗๙</p> <p>ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๖๕.๕๑</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลการดำเนินงาน การขึ้นทะเบียน PCU/NPCU
แหล่งข้อมูล	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท./รพช.</p>

	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท./รพช. $(A/B) \times 100$
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕ ขึ้นไป = ๕ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐ - ๗๔ = ๔ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๕ - ๖๙ = ๓ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ - ๖๔ = ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ = ๑ คะแนน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทร /Email	๑.นายจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ ๐๘๑ ๒๖๖๓๒๓๕ ๐๔๔ ๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๓๑๕ อีเมลล์ : pcukorat@gmail.com ๒.นางอัญชัญ เค็มกระโทก ๐๖๕ ๔๖๒๒๙๔๕

ตัวชี้วัดที่ ๔๓	ร้อยละของประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๗๕
ความหมาย/คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ ๑. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หรือ Advance Course ๒. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒ คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัดยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่

	<p>(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและค่าปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>
วัตถุประสงค์	<p>-เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</p> <p>-เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</p>
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<p>ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๔๙.๕๖</p> <p>ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๖๕.๑๑</p> <p>ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ ๖๖.๘๕</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลการดำเนินงาน การขึ้นทะเบียน PCU/NPCU
แหล่งข้อมูล	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>B = จำนวนประชาชนทั้งหมดในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท./รพช.</p> <p>$(A/B) \times 100$</p>
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	<p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕ ขึ้นไป = ๕ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐ - ๗๔ = ๔ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๕ - ๖๙ = ๓ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ - ๖๔ = ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ = ๑ คะแนน</p>

กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทร /Email	๑.นายจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ ๐๘๑ ๒๖๖๓๒๓๕ ๐๔๔ ๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๓๑๕ อีเมลล์ : pcukorat@gmail.com ๒.นางอัญชัญ เค็มกระโทก ๐๖๕ ๔๖๒๒๙๔๕

ตัวชี้วัดที่ ๔๔	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน						
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๕						
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p> <p>แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยูวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยูว อสม.) เป็นต้น</p> <p>เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาควิชาที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๓,๗๕๓ แห่ง</p>						
วัตถุประสงค์	<p>๑. ชุมชน ระบุประเด็นในการพัฒนาการจัดการสุขภาพ</p> <p>๒. ชุมชน มีการจัดงบประมาณ กิจกรรม สรุปผลการจัดการด้านสุขภาพ</p> <p>๓. ชุมชน/ตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขศึกษา โปรแกรม Health Gate</p>						
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๕</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ ๒๐.๗</td> <td>ร้อยละ ๘๓.๑๑</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖		ร้อยละ ๒๐.๗	ร้อยละ ๘๓.๑๑
ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖					
	ร้อยละ ๒๐.๗	ร้อยละ ๘๓.๑๑					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ตำบล จำนวน ๒๘๙ ตำบลในจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๒. หมู่บ้าน จำนวน ๓,๗๕๓ หมู่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา</p>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</p> <p>๒. การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate</p>						
แหล่งข้อมูล	๑.การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate (https://healthgate.gen-hed.com/report/village)						
รายการข้อมูล ๑	ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)						
รายการข้อมูล ๒	ชุมชนเป้าหมายทั้งหมด (๓,๗๕๓ แห่ง)						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(รายการข้อมูล ๑/รายการข้อมูล ๒)*๑๐๐						

<p>เกณฑ์การให้คะแนน(ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)</p>	<p>ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป = ๕ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕ - ๗๐ = ๔ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๕ - ๖๙ = ๓ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐- ๖๔ = ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ น้อยกว่าร้อยละ ๕๙ = ๑ คะแนน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินมาตรการที่สำคัญ</p>	<p>เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน ๒. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ๓. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๔. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๕. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ๖. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบนวัตกรรมสุขภาพ ๗. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี <p>ระดับการพัฒนา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๒. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ ๓. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน ๔. ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p>
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/e-mail</p>	<p>ว่าที่ร้อยตรีดิเทพ วงศ์พิกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘๘-๕๙๔-๑๓๔๒ e-mail : vhv3001@gmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่ ๔๕	๑.โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการระบบบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine)ตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการร้อยละ ๑๐๐ ๒. จำนวนครั้งในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ๒๐,๐๐๐ ครั้ง/ปี
ความหมาย/คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล(Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการ ปรีกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศตรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System)ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔)รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสมีการเปลี่ยนแปลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/)</p> <p>ผู้รับบริการการแพทย์ทางไกลครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากระหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)</p> <p>รูปแบบการให้บริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๑.การจัดบริการรูปแบบปฐมภูมิ</p> <p>การให้บริการภายในอำเภอระหว่างหน่วยงานบริการที่ต้องการปรึกษากับหน่วยบริการปลายทางรับปรึกษาให้การรักษา หรือ โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน เป็นหน่วยบริการต้นทาง ขอรับการปรึกษาการรักษา กับ โรงพยาบาลปลายทาง ที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ เรียกว่า Station to Station</p> <p>๒.การจัดบริการรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>การให้บริการระหว่างหมอผู้ให้การรักษากับผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องจากที่บ้าน เรียกว่า Station to Person</p> <p>๓.การจัดรูปแบบ ๓ หมอ</p> <p>การให้บริการระหว่างแพทย์ผู้รักษา (หมอคคนที่ ๓)เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(หมอคคนที่ ๒) และ อสม.ประจำหมู่บ้าน (หมอคคนที่ ๑)เพื่อติดตามอาการและรักษาต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มเปราะบางที่ไม่สะดวกเดินทางมารับการรักษา เรียกว่า Station to Person</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลครอบคลุมทั้งจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๒.เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานและลดความเหลื่อมล้ำในสังคม</p> <p>๓.ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติในการเดินทางมารับบริการ</p> <p>๔.ลดความแออัดของหน่วยบริการ</p>

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ๑.โรงพยาบาลที่ดำเนินการระบบบริการการแพทย์ทางไกล จำนวน๓๐ โรงพยาบาล คิดเป็น ร้อย ละ ๙๐.๙๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แหล่งข้อมูล	๑.Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th ๒.แบบรายงาน one pageจากหน่วยงาน ไตรมาส ละครั้ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.เก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด จากระบบ Health Data Center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒.รวบรวมปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน จากแบบรายงาน one page จากหน่วยงาน เพื่อ ๑.บ่งชี้โรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางไกลและจำนวนครั้งของการให้บริการใน กลุ่มเป้าหมาย ๒.คำนวณร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล ๓.ร่วมกับหน่วยงานในการ วิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$ A = จำนวนโรงพยาบาลที่ให้บริการการแพทย์ทางไกล B = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับ(A,S,M1,M2, F1-F3) ระยะเวลาประเมินผล ทุก ๖ เดือน
เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการประเมิน ผลการดำเนินงาน) ระดับอำเภอ	๓ คะแนน จัดบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์กำหนด ๑.แต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์ของโรงพยาบาล(ประกาศแพทย์ สภา ๕๔/๖๓) ๒.ประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ ๓.ประเมินตนเอง เพื่อขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ตาม แบบประเมินศักยภาพ หน่วยบริการเพิ่ม ศักยภาพ การให้บริการสาธารณสุขทางไกล และมีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่ สปสช. หรือกองทุนต่างๆ ๔.หน่วยบริการมีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในการให้บริการ (ตามบริบทของ พื้นที่) ๕.มีระบบการให้บริการการแพทย์ทางไกล อย่างย่อย ๑ รูปแบบ ดังนี้ ๕.๑ การจัดบริการแบบปฐมภูมิ Station to Station /รพศูนย์ (แพทย์)- รพช (ผู้ป่วย) ***ต้องมีใบยินยอมให้รักษาทาง Telemedicine (Informed Consent) ๕.๒ การจัดบริการรูปแบบดูแลต่อเนื่อง Station to Person รพช/รพท/รพศ (แพทย์) กับ ผู้ป่วย ***ต้องมีใบยินยอมให้รักษาทาง Telemedicine (Informed Consent) ๕.๓ การจัดบริการรูปแบบ ๓ หมอ

	<p>Station to Person</p> <p>แพทย์ผู้รักษา (หมอคคนที่ ๓) เจ้าหน้าที่ประจำตรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (หมอคคนที่ ๒) และ อสม. ประจำหมู่บ้าน (หมอคคนที่ ๑)</p> <p>***ต้องมีใบยินยอมให้รักษาทาง Telemedicine (Informed Consent)</p> <p>๖.จัดระบบการบันทึก HIS เพิ่ม ๑๔ (บันทึก HosXp) ประเภทบริการ ๕</p> <p>๗.จัดระบบการบริการส่งยาถึงบ้าน</p> <table border="1" data-bbox="453 488 1489 584"> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑ คะแนน</td> <td>๒ คะแนน</td> <td>๓ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>เกณฑ์</td> <td>ดำเนินการข้อ ๑-๔</td> <td>ดำเนินการข้อ ๑-๖</td> <td>ดำเนินการข้อ ๑-๗</td> </tr> </table> <p>๑ คะแนน</p> <p>๑.มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการการแพทย์ทางไกล ในฐานข้อมูล HDC อย่างต่อเนื่องทุกเดือน</p> <p>๑.๑ โรงพยาบาลระดับ S , M1 มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า ๕๐๐ ครั้ง/ปี</p> <p>๑.๒ โรงพยาบาลระดับ M2 , F1 มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า ๔๐๐ ครั้ง/ปี</p> <p>๑.๓ โรงพยาบาลระดับ F2 , F3 มีจำนวนผู้ป่วยรับบริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า ๓๐๐ ครั้ง/ปี</p> <p>๑ คะแนน</p> <p>มีผลการวิเคราะห์ ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานการแพทย์ทางไกล และนำปัญหามาวางแผนหาแนวทางแก้ไข</p>			คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	เกณฑ์	ดำเนินการข้อ ๑-๔	ดำเนินการข้อ ๑-๖	ดำเนินการข้อ ๑-๗
คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน								
เกณฑ์	ดำเนินการข้อ ๑-๔	ดำเนินการข้อ ๑-๖	ดำเนินการข้อ ๑-๗								
<p>มาตรการที่สำคัญ</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการการดำเนินงานระบบการแพทย์ทางไกล</p> <p>๒.เสริมสร้างความเข้าใจระบบการแพทย์ทางไกล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดประชุมชี้แจงและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลที่ดำเนินการแพทย์ทางไกลได้ดี - จัดทำคู่มือ/เอกสารต่างๆ ในการดำเนินงาน เช่น (ร่าง) คณะกรรมการดิจิทัล การแพทย์โรงพยาบาล แบบฟอร์มยินยอมรักษาทางไกล 	<p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยคณะกรรมการ ดิจิทัล การแพทย์ของโรงพยาบาล</p> <p>๒.ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับผู้รับบริการในพื้นที่เกี่ยวกับขั้นตอนการรับบริการและประโยชน์ที่จะได้รับจากระบบการบริการแพทย์ทางไกล</p> <p>๓.โรงพยาบาล ประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ</p> <p>๔.โรงพยาบาลจัดให้มีระบบสารสนเทศ(ระบบอิเล็กทรอนิกส์)ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>	<p>ระดับตำบล</p> <p>๑.ประชาสัมพันธ์ทำความเข้าใจกับผู้รับบริการในพื้นที่เกี่ยวกับขั้นตอนการรับบริการและประโยชน์ที่จะได้รับจากระบบการบริการแพทย์ทางไกล</p> <p>๒.รพ.สต.จัดให้มีระบบสารสนเทศ(ระบบอิเล็กทรอนิกส์)ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p> <p>๓.โรงพยาบาลจัดเตรียมห้อง/สถานที่ และอุปกรณ์สำหรับให้บริการการแพทย์ทางไกล ตามบริบทของพื้นที่</p> <p>๔.จัดเตรียมผู้รับบริการตามระบบนัดหมายของโรงพยาบาล และให้</p>								

	<p>- นิเทศ รับประทาน ให้ คำแนะนำการดำเนินงาน แพทย์ทางไกล</p> <p>๓. รวบรวมข้อมูลการ ดำเนินงาน การแพทย์ ทางไกล ของโรงพยาบาล ทุกเดือน เพื่อติดตามความ ต่อเนื่องในการดำเนินงาน</p> <p>- รวบรวมปัญหา อุปสรรค และร่วม วิเคราะห์ หา แนวทางแก้ไข</p> <p>๔. คณะกรรมการธรรมาภิ บาลด้านข้อมูลและ เทคโนโลยีสุขภาพระดับ จังหวัด ติดตามและกำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้มีการ ดำเนินงานด้านความ ปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำและ มีรูปแบบการให้บริการที่ สามารถเรียกเก็บค่าบริการ รักษาและมีบริการส่งยาที่ บ้านได้</p>	<p>๕. โรงพยาบาลจัดเตรียม ห้อง/สถานที่ และอุปกรณ์ สำหรับให้บริการการแพทย์ ทางไกล ตามบริบทของพื้นที่</p> <p>๖. โรงพยาบาลจัดให้มีบริการ การแพทย์ทางไกลตามที่ แพทย์เห็นสมควร หรือตาม บริบทของพื้นที่</p> <p>๗. จัดระบบการบันทึกการ ให้บริการ กับระบบ สารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)และเรียกเก็บค่าบริการ รักษาจากกองทุนต่างๆ</p> <p>๘. ให้ผู้รับบริการเซ็นต์ใบ ยินยอมรักษาทางไกลทุกครั้ง</p> <p>๙. จัดระบบการส่งยาที่บ้าน</p> <p>๑๐. โรงพยาบาลจัดให้มีการ ประเมินความพึงพอใจใน การรับบริการการแพทย์ ทางไกลในผู้รับบริการ และ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ การแพทย์ทางไกล</p> <p>๑๑. รวบรวมข้อมูลการ ให้บริการ ปัญหา อุปสรรค นำมาวิเคราะห์ หาแนวทาง แก้ไข</p>	<p>ผู้รับบริการเซ็นต์ใบยินยอม รักษาทางไกลทุกครั้ง</p> <p>๕. อสม. มีส่วนร่วมในการ ให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก ๓ หมอ</p> <p>๖. จัดส่งยาให้กับผู้ป่วยตาม ระบบที่กำหนดร่วมกับ โรงพยาบาล</p> <p>๗. รพ.สต. จัดให้มีการ ประเมินความพึงพอใจใน การรับบริการการแพทย์ ทางไกลในผู้รับบริการ และ เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ การแพทย์ทางไกล</p> <p>๘. รวบรวมข้อมูลการ ให้บริการ ปัญหา อุปสรรค นำมาวิเคราะห์ หาแนวทาง แก้ไข</p>
<p>กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข , กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ , กลุ่มงาน การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>		
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>นางนุชนาถธรรมดี เบอร์โทร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ – ๔ ต่อ ๔๕๒ หรือ ๑๑๐ /๐๘ ๑๒๖๔ ๑๒๖๕ โทรสาร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๒๑ E- mail : nutchanat.som@hotmail.com</p>		

ตัวชี้วัดที่ ๔๖	โรงพยาบาลทุกแห่งมีการพัฒนาศูนย์รับส่งต่อที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง ศูนย์ประสานงานในการรับส่งต่อ (Refer in) ส่งกลับ (Refer back) ส่งออกนอกเขต (Refer out) การรับกลับผู้ป่วย (Refer receive) และการขอรับคำปรึกษาในการรักษา (Consulting) ที่ครอบคลุมผู้รับบริการทุกแผนก (ผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน) ทั้งในสถานการณ์ปกติ และสถานการณ์ภัยพิบัติ ภายใต้ภารกิจ ๔ ด้าน คือ ด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ และด้านพัฒนางานและบุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการรับส่งต่อผู้ป่วยขององค์กร โดยทั้งนี้ให้มีความเชื่อมโยงข้อมูลบริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระดับจังหวัด ในสถานพยาบาลทุกระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary care) ๒. สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary care) ๓. สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ (Tertiary care) <p>Smart Referral หมายถึง ระบบการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย โดยมีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถจัดระบบบริการแบบรวมศูนย์ เชื่อมโยงระบบ และข้อมูลผู้ป่วยกันได้ทั้งจังหวัดด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล และข้อมูลสารสนเทศ ในการอ้างอิงและจัดการระบบ ได้อย่างรวดเร็ว คล่องตัว เช่น R๙ refer ในรูปแบบ referral center one stop service ให้บริการรับและส่งต่อ ผู้ป่วย ได้ทั้ง ๒ ประเภท ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้ป่วยฉุกเฉิน (emergency) ๒. ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (non-emergency) <p>สามารถให้บริการ ประสานข้อมูลรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ได้ครบทุกมิติ กรณี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่งต่อ (Refer in) ๒. ส่งกลับ (Refer back) ๓. ส่งต่อออกนอกเขต จังหวัด หรือเขตสุขภาพ (Refer out) ๔. รับกลับ (Refer receive) ๕. การขอรับคำปรึกษาในการรักษา (Consulting) หรือ Tele-consult <p>การจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การจัดระบบบริการที่ครอบคลุมการให้บริการยานพาหนะพร้อมอุปกรณ์ด้านการแพทย์ในการรับส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างรับส่งต่อ กระบวนการดูแลผู้ป่วยรับและส่งต่อ และค่าใช้จ่ายในการรับและส่งต่อ</p> <p>การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานบริการหนึ่ง เพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง</p> <p>Refer in หมายถึง การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อมารับการตรวจรักษาต่อ</p> <p>Refer out หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น</p> <p>Refer back หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อกลับไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทางที่ส่งมา</p> <p>Refer receive หมายถึง การรับกลับผู้ป่วย มาตรวจหรือรักษาต่อจากสถานพยาบาลที่เคยส่งผู้ป่วยไปก่อนหน้านี้</p>

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อพัฒนาระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาลทุกระดับ โดยใช้เกณฑ์การประเมินศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ตามระดับสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ตามศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับ</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสมและมีคุณภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน พิการ หรือเสียชีวิต</p> <p>๔. เพื่อสร้างความพึงพอใจในระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</p>						
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	<p>ศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์การประเมินของกระทรวงสาธารณสุข</p> <table border="1" data-bbox="539 629 1399 745"> <thead> <tr> <th data-bbox="539 629 826 689">ปี 2564</th> <th data-bbox="826 629 1114 689">ปี 2565</th> <th data-bbox="1114 629 1399 689">ปี 2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="539 689 826 745">NA</td> <td data-bbox="826 689 1114 745">NA</td> <td data-bbox="1114 689 1399 745">NA</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	NA	NA	NA
ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566					
NA	NA	NA					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล						
แหล่งข้อมูล	<p>๑. ศูนย์รับส่งต่อ ของโรงพยาบาลทุกระดับ</p> <p>๒. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th</p>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. ประเมินตนเองโดยใช้ Checklist เกณฑ์การประเมินศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย “คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย” กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. แบบรายงานการประเมินตนเองศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๓. รวบรวมข้อมูลจากการติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (node) ทุกโรงพยาบาล (โรงพยาบาลพิมาย, โรงพยาบาลบัวใหญ่, โรงพยาบาลเทพรัตน์, โรงพยาบาลด่านขุนทด, โรงพยาบาลครบุรี, โรงพยาบาลโชคชัย, โรงพยาบาลปากช่อง,)</p>						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนโรงพยาบาลที่ประเมินตนเองโดยใช้ Checklist เกณฑ์การประเมินศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดนครราชสีมา</p>						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๑ (๓ เดือน) ผลประเมินตนเอง และ จัดทำแผนการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล แบ่งเป็น แผนระยะสั้น แผนระยะยาว						
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน) ระดับอำเภอ	<p>๓ คะแนน</p> <p>โรงพยาบาลประเมินตนเอง โดยใช้ Cecklist เกณฑ์การประเมินศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย “คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย” กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และจัดทำรายงานการประเมิน</p>						

	<p>๒ คะแนน</p> <p>โรงพยาบาลนำผลการประเมินประเด็นที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จัดทำแผนการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล แบ่งเป็น แผนระยะสั้น แผนระยะยาว</p>			
มาตรการที่สำคัญ	<p>รอบ ๓ เดือน</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมาจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด</p> <p>๒.สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมาจัดประชุมเพื่อชี้แจงถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้เกี่ยวข้อง ประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง - แนวทางการดำเนินงาน - แนวทางการจัดเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงาน <p>๓.สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา จัดเตรียมคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาล</p> <p>๔.สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา ร่วมกับเขตสุขภาพที่ ๙ พัฒนา โปรแกรม</p>	<p>รอบ ๖ เดือน</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.ติดตาม สนับสนุน การดำเนินงานพัฒนาระบบรับส่งต่อของโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่อง</p> <p>ระดับพื้นที่</p> <p>๑.ดำเนินการพัฒนา ระบบรับส่งต่อของโรงพยาบาล ตามแผนการพัฒนาที่จัดทำ</p> <p>๒รวบรวมปัญหา อุปสรรค การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำเสนอผู้บังคับบัญชา หาแนวทางแก้ไขปัญหาเป็นระยะ</p>	<p>รอบ ๙ เดือน</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.คณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด จัดโปรแกรม นิเทศติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาล ระดับ S , M๑, M๒ เพื่อเยี่ยมเสริมพลัง และรับฟังผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและพิจารณาหาแนวทางแก้ไข</p> <p>ระดับพื้นที่</p> <p>๑.ดำเนินการพัฒนา ระบบรับส่งต่อของโรงพยาบาล ตามแผนการพัฒนาที่จัดทำ ต่อเนื่อง</p>	<p>รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑.สำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา ดำเนินการประเมินคะแนนผลการดำเนินงานของทุกโรงพยาบาล และคำนวณตัวชี้วัด</p> <p>๑.รวบรวม สถิติ ข้อมูล ผลการดำเนินงาน และปัญหา อุปสรรค เพื่อนำมาจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ในปีงบประมาณ๒๕๖๘ต่อไป</p> <p>ระดับพื้นที่</p> <p>๑.โรงพยาบาล ดำเนินการประเมินตนเองรอบที่ ๒ เพื่อประเมินความก้าวหน้าการพัฒนาระบบการรับส่งต่อของโรงพยาบาลในช่วง ๑ ปี ที่ผ่านมา นำเสนอผู้บังคับบัญชา และสำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา</p> <p>๒.รวบรวมผลการประเมิน และ ปัญหา อุปสรรค เพื่อใช้เป็นข้อมูล ในการจัดทำ</p>

	<p>R๙ refer ในรูปแบบ referral center one stop service เพื่อตอบสนอง นโยบาย Smart Referral</p> <p>๕.โรงพยาบาลศูนย์ ประจำจังหวัดจัดทำ คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วย ระดับ โรงพยาบาล</p> <p>ระดับพื้นที่</p> <p>๑.โรงพยาบาลจัดทำ คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระดับอำเภอ</p> <p>๒.จัดประชุมเพื่อชี้แจง ถ่ายทอด นโยบายสู่ผู้เกี่ยวข้อง ประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง - แนวทางการดำเนินงาน - แนวทางการจัดเก็บข้อมูลและรายงานผลการดำเนินงาน <p>๓.โรงพยาบาล ดำเนินการประเมินตนเองโดยใช้ Checklist เกณฑ์ การประเมินศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย พร้อมจัดทำรายงาน</p>			<p>แผนพัฒนาระบบรับส่งต่อของโรงพยาบาล ในปี ๒๕๖๘ ต่อไป</p>
--	---	--	--	--

	<p>การประเมิน เสนอ ผู้บังคับบัญชา ๔.โรงพยาบาล ผล การประเมินใน ประเด็นที่ยังไม่ เป็นไปตามมาตรฐาน จัดทำแผนพัฒนา ระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ของโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น แผน ระยะสั้น แผนระยะ ยาว นำเสนอ ผู้บังคับบัญชา และ สำนักงานงาน สาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา</p>			
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>			
<p>ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/e-mail</p>	<p>นางนุชนาฏธรรมดี เบอร์โทร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ – ๔ ต่อ ๔๕๒ หรือ ๑๑๐ /๐๘ ๑๒๖๔ ๑๑๖๕ โทรสาร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๒๑ E- mail : nutchanat.som@hotmail.com</p>			

ตัวชี้วัดที่ ๔๗	รพท./รพช. ในจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินการรับบริจาคอวัยวะและดวงตาตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง
ความหมาย/คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา หมายถึง ผู้ที่ยินยอมบริจาคอวัยวะและดวงตาเมื่อตนเองเสียชีวิต และกรอกข้อมูลในเอกสาร (ใบแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ , ใบแสดงความจำนงบริจาคดวงตา) - ผู้ขอรับคำปรึกษาบริจาคอวัยวะและดวงตา หมายถึง ผู้ที่ต้องการทราบข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา เมื่อตนเองเสียชีวิต - การจัดเก็บดวงตา หมายถึง การนำดวงตาออกจากผู้เสียชีวิตหรือผู้ป่วยสมองตาย(ในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเสียชีวิตหรือมีภาวะสมองตายตามกระบวนการที่แพทยสภากำหนดและญาติลงนามยินยอมบริจาคอวัยวะ รวมถึงมีการจัดส่งดวงตาที่จัดเก็บได้ตามแนวทางของสภาากาชาดไทย - อวัยวะ หมายถึง อวัยวะเช่น ไต ตับ หัวใจ ปอด ตับอ่อน เป็นต้น - อวัยวะอื่นๆที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ ประเภทเนื้อเยื่อเช่น ดวงตา ลิ้นหัวใจ กระจก หรือผิวหนัง เป็นต้น - ผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้แก่ผู้แสดงความจำนง-ขอคำปรึกษาการบริจาคอวัยวะและดวงตา หมายถึง พยาบาลและทีมที่ได้รับมอบหมาย (ตามคำสั่งโรงพยาบาล) ให้ดำเนินการจัดบริการให้แก่ผู้แสดงความจำนง หรือผู้ขอคำปรึกษาในการบริจาคอวัยวะและดวงตา รวมถึงการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด - ทีมจัดเก็บดวงตา (ตามคำสั่งโรงพยาบาล) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ของสภาากาชาดไทย และผ่านการอบรมจากสภาากาชาดไทย - แนวทาง/คู่มือ/ Flow การรับบริจาคและให้คำปรึกษาการบริจาคอวัยวะและดวงตา หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการให้บริการแก่ผู้แสดงความจำนง หรือผู้ขอคำปรึกษาในการบริจาคอวัยวะและดวงตา ตามแนวทางของสภาากาชาดไทย - แนวทาง/คู่มือ/ Flow การจัดเก็บดวงตา หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการให้บริการจัดเก็บดวงตาในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล รวมถึงมีการจัดส่งดวงตาที่จัดเก็บได้ ไปยังสภาากาชาดไทย ตามแนวทางของสภาากาชาดไทย - โรงพยาบาลระดับ S หมายถึง โรงพยาบาลปากช่องนานา - โรงพยาบาลระดับ M๑ หมายถึง โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา , พิมาย
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนต่อการบริจาคอวัยวะและดวงตา ๒. เพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ , ดวงตา ๓. พัฒนาองค์ความรู้ และศักยภาพ เพื่อการเจรจาขอรับบริจาคดวงตา ๔. โรงพยาบาลระดับ S และ M๑ มีศักยภาพจัดเก็บดวงตา ๕. ภาครัฐหรือข่ายมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๖. จัดให้มีช่องทางการเข้าถึง ที่สะดวก และมีการจัดบริการสำหรับผู้แสดงความจำนงหรือขอคำปรึกษาบริจาคอวัยวะ , ดวงตาในโรงพยาบาล ระดับ S – F3

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>๑. มีทีมจัดเก็บดวงตา ๒ โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลปากช่องนานา (S) ปี ๒๕๖๒ , โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมา (M1) ปี ๒๕๖๖</p> <p>๒. เตรียมความพร้อมโรงพยาบาล ระดับ S คือ โรงพยาบาลปากช่องนานา พัฒนาศักยภาพให้สามารถจัดเก็บอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย</p> <p>๓ พัฒนา โรงพยาบาลพิมาย (M1) ให้มีศักยภาพจัดเก็บดวงตา F3 ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖</p>
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. หน่วยบริการ : โรงพยาบาลระดับ S : ปากช่องนานา โรงพยาบาลระดับ M1 : เทพรรัตนนครราชสีมา / พิมาย โรงพยาบาลระดับ M2 – F3</p> <p>๒. หน่วยงานอื่นๆ : ส่วนราชการมหาดไทย , อปท. ฯลฯ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ผู้รับผิดชอบการจัดบริการให้แก่ผู้แสดงความจำนงและขอคำปรึกษาบริจาคอวัยวะและดวงตา ในโรงพยาบาล ระดับ S – F3 (ตามคำสั่งโรงพยาบาล)</p> <p>๑. ทะเบียนข้อมูลผู้แจ้งความจำนงบริจาคอวัยวะ-ดวงตา/ผู้รับคำปรึกษาการบริจาคอวัยวะ-ดวงตา</p> <p>๒. แผนและผลงานการจัดบริการประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะ-ดวงตา (เอกสาร และรูปภาพ)</p> <p>๓. รายงานเป็น one page เดือนละ ๑ ครั้ง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากแบบฟอร์มรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (เก็บข้อมูลรายเดือน)
เกณฑ์การให้ คะแนน(ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	ตามตารางแนบท้าย วัตถุประสงค์อำเภอ

<p>มาตรการที่สำคัญ</p>	<p>ระดับจังหวัด :</p> <p>๑. ชี้แจงนโยบาย แนวทางการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และแนวทางการประเมินผลงาน</p> <p>๒. ขอรับการสนับสนุน แบบฟอร์มใบรับแจ้งอุบัติเหตุ ,ใบรับแจ้งอุบัติเหตุ ศูนย์รับแจ้งอุบัติเหตุ – ศูนย์ ๓. พี่เลี้ยงน้อง โดยโรงพยาบาลมหาราช</p> <p>๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้/พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อการเจรจาขอรับแจ้งอุบัติเหตุและ ดวงตา แก่บุคลากรในโรงพยาบาลทุกระดับ (S – F3)</p> <p>๕. ดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาปลูก ถ้ายอวัยวะ - จัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ service plan สาขาปลูกถ้ายอวัยวะ</p> <p>๖. นิเทศ ติดตาม กำกับ</p> <p>๖.๑ รวบรวม วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน จากรายงานทะเบียน - รายชื่อผู้แสดงความจำนงรับแจ้งอุบัติเหตุ-ดวงตา และ - รายชื่อผู้ขอคำปรึกษาการแสดงความจำนงรับแจ้งอุบัติเหตุ-ดวงตา - ภาพกิจกรรม</p> <p>๖.๒ ติดตาม กำกับ รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ จากโรงพยาบาล ทุกระดับ (S – F3) - คำสั่งโรงพยาบาล : คณะกรรมการดำเนินงานรับแจ้งอุบัติเหตุและดวงตา/ การจัดตั้งทีมจัดเก็บดวงตา และคณะกรรมการดำเนินงานจัดเก็บดวงตา (S-M1) - คำสั่งโรงพยาบาล : คณะกรรมการดำเนินงานรับแจ้งอุบัติเหตุและดวงตา (M1 – F3) - รายงานการจัดเก็บดวงตา และจัดส่งดวงตาไปยังสภาการแพทย์ (S-M๑) - รายงานจากทะเบียนรายชื่อผู้แสดงความจำนง และผู้ขอรับคำปรึกษาในการ รับแจ้งอุบัติเหตุ/ดวงตา (S – F3) - แผนและผลงานกิจกรรมประชาสัมพันธ์ , การรับผู้จำนงรับแจ้งอุบัติเหตุ-ดวงตา พร้อมรูปภาพ เป็นone page (S – F3) - ประเมินผลงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับจังหวัด</p>
------------------------	--

	<p>ระดับอำเภอ :</p> <p>๑. เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ แก่ประชาชน</p> <p>๑.๑ การประชาสัมพันธ์ การบริจาคอวัยวะและดวงตาผ่านช่องทางต่างๆทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานนอกโรงพยาบาล (VDO /แผ่นพับ /บอร์ด/Webpage โรงพยาบาล,หน่วยงานต่างๆ)</p> <p>๑.๒ จัดให้มีจุดให้บริการและมีบุคลากรผู้รับผิดชอบรับบริจาคดวงตาและอวัยวะ / รวบรวมเอกสารการบริจาคส่งสภากาชาดไทย (S – F3)</p> <p>๑.๓ ระดับอำเภอ-ตำบล ดำเนินการประชาสัมพันธ์ โดยบูรณาการกับกิจกรรมต่างๆของหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การออกหน่วยของกาชาดอำเภอ หรือหน่วยเคลื่อนที่อำเภอ หน่วยแพทย์พอสว. - เวทีประชุมส่วนราชการอื่นๆ - พระสงฆ์มีส่วนร่วมในการปรับทัศนคติของประชาชน - ร่วมงานฌาปนกิจศพของผู้บริจาคอวัยวะ เพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์ในชุมชน <p>๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <p>๒.๑ โรงพยาบาลระดับ S-M1 ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการจัดเก็บดวงตา ณ สภากาชาดไทย</p> <p>๒.๒ โรงพยาบาลทุกระดับ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชุมชี้แจง แนวทางการดำเนินงานรับบริจาคอวัยวะ และให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน - ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม/ประชุม <ul style="list-style-type: none"> - ทักษะการเจรจา เพื่อขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา - แนวทางการปฏิบัติ การเจรจาและจัดเก็บดวงตา กรณีมีผู้บริจาคดวงตาเสียชีวิตในพื้นที่ และพื้นที่ใกล้เคียง - ประชาสัมพันธ์ในเวทีหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการประชาสัมพันธ์ : พระสงฆ์ , ผู้นำท้องถิ่น ,อสม. ฯลฯ <p>๒.๓ โรงพยาบาลทุกระดับ (S – F3) กำหนดผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน มีทีมงานและจัดทำคำสั่งระดับโรงพยาบาล</p> <p>๒.๔ โรงพยาบาลระดับ S และ M1 จัดทำคำสั่งทีมจัดเก็บดวงตาระดับโรงพยาบาล</p> <p>๓. นิเทศ ติดตาม กำกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลทุกระดับ (S – F3) รวบรวม วิเคราะห์ผลการดำเนินงานขอรับบริจาคอวัยวะ-ดวงตา ทั้งด้านปริมาณ /คุณภาพ (หลักฐานเชิงประจักษ์ รูปภาพกิจกรรม) ตามแนวทางการประเมินระดับจังหวัด พร้อมจัดทำเป็นone page และส่งผู้ประสานงานระดับจังหวัดทุกเดือน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	นางสุภัทรา กฤษเกล้า เบอร์โทร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ – ๔ ต่อ ๔๕๒,๑๑๐ /๐๘ ๑๘๗๙ ๒๓๖๐ โทรสาร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๒๑ E- mail : nuthacc@gmail.com

เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗)

ประเมินรอบที่ ๑ และ ๒ / ๒๕๖๖ <input checked="" type="checkbox"/> รพท. / รพช. เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	รพ.ระดับ S	รพ.ระดับ M1	รพ.ระดับ M2-F3
๑. กำหนดผู้รับผิดชอบ การจัดการบริการให้แก่ผู้แสดงความจำนงและขอคำปรึกษาบริจาคอวัยวะและดวงตา และมีทีมงานที่ชัดเจน และจัดทำคำสั่งระดับรพ. (มีเลขคำสั่ง และผอ.ลงนาม)	๐.๕ คะแนน	√	√	√ (๑)
๒. รพ. S – M๑ จัดตั้งทีมจัดเก็บดวงตา พร้อมจัดทำคำสั่งระดับโรงพยาบาล	๐.๕ คะแนน	√	√	-
๓. จัดทำแนวทาง และ คู่มือ และ Flow การจัดการบริการในโรงพยาบาลตนเอง ให้แก่ผู้แสดงความจำนงและขอคำปรึกษาบริจาคอวัยวะและดวงตา ตามแนวทางสภาากาชาตไทย	๐.๕ คะแนน	-	-	√
๓.๑. การจัดการบริการให้แก่ผู้แสดงความจำนงและขอคำปรึกษาบริจาคอวัยวะและดวงตา	๐.๒๕ คะแนน	√	√	-
๓.๒ แนวทางการจัดเก็บและจัดส่งดวงตา ตามแนวทางของสภาากาชาตไทย	๐.๒๕ คะแนน	√	√	-
๔. มีจุดรับบริจาคอวัยวะ-ดวงตา ในโรงพยาบาล ที่เห็นชัดเจน เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงมีช่องทางอื่นในการเข้าถึงบริการ เช่น Web , เฟสบุ๊ก ของโรงพยาบาล	๐.๕ คะแนน	√	√	√
๔.๑ จัดทำแผนประชาสัมพันธ์ ทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน	๐.๒๕ คะแนน	√	√	√
*** แผนประชาสัมพันธ์นอกโรงพยาบาล เช่น บูรณาการการรับบริจาคอวัยวะและดวงตา ร่วมกับกิจกรรมอื่น (ร่วมกับการรับบริจาคโลหิต, เวทีประชุมส่วนราชการอื่น)	๐.๒๕ คะแนน	√	√	√
๔.๒ ดำเนินการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ : เปิดVDO เผยแพร่ตามจุดบริการใน รพ. และประชาสัมพันธ์ ผ่าน website รพ. ที่เข้าถึงได้ง่าย และ active และ จัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญต่างๆ	๐.๒๕ คะแนน	√	√	√
๕. จัดให้มีแบบฟอร์มบริจาคอวัยวะ ดวงตา(สภาากาชาตไทย) แผ่นพับ , print จาก web สภาากาชาตไทย	๐.๒๕ คะแนน	√	√	√
๖. ดำเนินการจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้บริจาค และข้อมูลการจัดส่งเอกสารการบริจาคไปยังสภาากาชาตไทย (รูปภาพ การส่งเอกสารไปยังสภาากาชาตฯ)	๐.๒๕ คะแนน	-	-	√
๖.๑ จัดทำทะเบียนการจัดเก็บดวงตาและข้อมูลการจัดส่งดวงตาไปยังสภาากาชาตไทย	๐.๒๕ คะแนน	√	√	-
๖.๒ จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้บริจาค และข้อมูลการจัดส่งเอกสารการบริจาคไปยังสภาากาชาตไทย	๐.๒๕ คะแนน	√	√	-

๗. จัดทำและส่งรายงาน เดือนละ ๑ ครั้ง				
๗.๑. คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานระดับโรงพยาบาล (scan)	๐.๒๕	√	√	√
๗.๒. แผนกิจกรรมประชาสัมพันธ์ (ดำเนินการตาม ข้อ ๔.๑)	คะแนน	√	√	√
๗.๓ การรับผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ-ดวงตา ,ผู้ขอรับคำปรึกษา ฯ (ภาพดำเนินการตาม ข้อ ๓-๓.๒)	๐.๒๕	√	√	√
๗.๔ ผลงานกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล(ภาพ ดำเนินการตาม ข้อ ๔.๒)	๐.๕	√	√	√(๐.๕)
๗.๕ webpage ของโรงพยาบาล ที่เข้าถึงง่าย , ของหน่วยงานอื่น		√	√	√
๗.๖ เป็นรูปภาพและจัดทำเป็นone page	๐.๒๕	√	√	√
๗.๗ ผลงานกิจกรรมการจัดเก็บดวงตา	คะแนน	√	√	-
	๐.๒๕			
	คะแนน			
	๐.๒๕			
	คะแนน			
	๐.๒๕			
	คะแนน			
รวม	๕	๕	๕	๕

ตัวชี้วัดที่ ๔๘	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired <๒๖%
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ ๒๖
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. ผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ sepsis (ภาวะโลหิตเป็นพิษ, A๔๐๐ – A ๔๑๙)</p> <p>๒. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R 57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p> <p>๓. การคัดกรองสัญญาณเตือนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งอาจใช้เครื่องมือในการคัดกรองสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงฯ (sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป หรือ SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อ ขึ้นไป หรือ Modified Early Warning Score เป็นต้น ซึ่งเกณฑ์ การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>๔. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่ผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับความรุนแรงและ อันตรายถึงชีวิต เมื่อมีการติดเชื้อในกระแสเลือด จะส่งผลให้การทำงานของอวัยวะสำคัญของร่างกายเสียหายที่ เกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ และทำให้เสียชีวิตในที่สุด หากสามารถประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ในระยะแรก ก็จะทำให้การ ค้นหาสาเหตุ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตายของผู้ป่วยได้</p> <p>Sepsis Care Map ที่จำเป็นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อัตราการส่งตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง \geq ๙๐ % ๒. อัตราการได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร (๓๐ ml / Kg) ภายใน ๑ ชั่วโมง (หากไม่มีข้อจำกัด) \geq ๙๐ % ๓. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง \geq ๙๐ % ๔. อัตราการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง \geq ๖๐ % <p>๕. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือทะเบียนรายงาน Sepsis ของแต่ละโรงพยาบาล (google sheet ของจังหวัดนครราชสีมา)</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เพิ่มการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ๒. ลดอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<p>๑. อัตราการใช้แบบประเมินคัดกรองสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ = ๙๕.๒๒ %</p> <p>๒. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ร้อยละ ๓๑.๑๗ (ตค.๖๓ – กย.๖๔)</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ร้อยละ ๓๒.๒๘ (ตค.๖๔ – กย.๖๕)</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ร้อยละ ๒๔.๗๕ (ตค.๖๕ – ๘ กย.๖๖)</p> <p>๓. อัตราการดูแลแบบ Sepsis Care Map ของจังหวัดนครราชสีมา ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖</p> <p>๓.๑ การส่งตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง = ๙๖.๐๘ %</p> <p>๓.๒ อัตราการได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร (30 ml / Kg) ภายใน ๑ ชั่วโมง (หากไม่มีข้อจำกัด) = ๗๘.๙๙ %</p> <p>๓.๓ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง = ๙๐.๓๘ %</p> <p>๓.๔ อัตราการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง = ๔๘.๙๘ %</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>-ผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ (A400-A419)</p> <p>-ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลจัดเก็บผ่านระบบ Google Sheet สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
แหล่งข้อมูล	<p>๑. รายงานการใช้ Sepsis Care Map ผ่านระบบ Google Sheet สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๒. ข้อมูลผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ / ข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง / ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง จากโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกับข้อมูลจาก ICD-10</p>
รายการข้อมูลการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงฯ	<p>ร้อยละของผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ ได้รับการตรวจคัดกรองตามแบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ≥ 80 %</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ (A400 – A419) ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยแบบบันทึกสัญญาณเตือนภาวะเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโลหิตเป็นพิษ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> $(A / B) * 100$ <p>ถ้า ≥ 80 ได้ 1 คะแนน</p> </div>
Sepsis Care Map ๑	<p>อัตราการส่งตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง ≥ 90 %</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วย Sepsis ได้รับการตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> $(A / B) * 100$ <p>ถ้า ≥ 90 ได้ 1 คะแนน</p> </div>

<p>Sepsis Care Map ๓</p>	<p>อัตราการได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร (๓๐ ml/Kg)ภายใน ๑ ชั่วโมง (หากไม่มีข้อจำกัด) $\geq ๙๐\%$ A = จำนวนผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชั่วโมง หรือผู้ป่วย Sepsis ที่มีข้อจำกัดความเสี่ยงด้านการให้สารน้ำ B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> $(A / B) * 100$ <p>ถ้า ≥ 90 ได้ 1 คะแนน</p> </div>																		
<p>Sepsis Care Map ๔</p>	<p>อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง $\geq ๙๐\%$ A = จำนวนผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> $(A / B) * 100$ <p>ถ้า ≥ 90 ได้ 1 คะแนน</p> </div>																		
<p>Sepsis Care Map ๕</p>	<p>อัตราการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง $\geq ๖๐\%$ A = จำนวนผู้ป่วย Sepsis ได้รับการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> $(A / B) * 100$ <p>ถ้า > 60 ได้ 1 คะแนน</p> </div>																		
<p>เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)</p>	<p>พิจารณาตามคะแนนในตัวชี้วัดย่อย ทั้ง ๕ ข้อ ๆ ละ ๑ คะแนน</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">ตัวชี้วัด</th> <th style="text-align: center;">เป้าหมาย</th> <th style="text-align: center;">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑.ร้อยละการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนๆ ในผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ</td> <td style="text-align: center;">$\geq ๘๐\%$</td> <td style="text-align: center;">๑</td> </tr> <tr> <td>๒.ร้อยละของผู้ป่วย Sepsisได้รับการตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง</td> <td style="text-align: center;">$\geq ๙๐\%$</td> <td style="text-align: center;">๑</td> </tr> <tr> <td>๓.อัตราการได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร (๓๐ ml / Kg)ภายใน ๑ ชั่วโมง (หากไม่มีข้อจำกัด)</td> <td style="text-align: center;">$\geq ๙๐\%$</td> <td style="text-align: center;">๑</td> </tr> <tr> <td>๔.อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง</td> <td style="text-align: center;">$\geq ๙๐\%$</td> <td style="text-align: center;">๑</td> </tr> <tr> <td>๕.อัตราการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง</td> <td style="text-align: center;">$\geq ๖๐\%$</td> <td style="text-align: center;">๑</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน	๑.ร้อยละการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนๆ ในผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ	$\geq ๘๐\%$	๑	๒.ร้อยละของผู้ป่วย Sepsisได้รับการตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง	$\geq ๙๐\%$	๑	๓.อัตราการได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร (๓๐ ml / Kg)ภายใน ๑ ชั่วโมง (หากไม่มีข้อจำกัด)	$\geq ๙๐\%$	๑	๔.อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง	$\geq ๙๐\%$	๑	๕.อัตราการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง	$\geq ๖๐\%$	๑
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนน																	
๑.ร้อยละการใช้แบบบันทึกสัญญาณเตือนๆ ในผู้ป่วยโลหิตเป็นพิษ	$\geq ๘๐\%$	๑																	
๒.ร้อยละของผู้ป่วย Sepsisได้รับการตรวจ Hemoculture ๒ ขวด ภายใน ๑ ชั่วโมง	$\geq ๙๐\%$	๑																	
๓.อัตราการได้รับ Intravenous Fluid Resuscitate ๑.๕ ลิตร (๓๐ ml / Kg)ภายใน ๑ ชั่วโมง (หากไม่มีข้อจำกัด)	$\geq ๙๐\%$	๑																	
๔.อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง	$\geq ๙๐\%$	๑																	
๕.อัตราการตรวจ Serum Lactate Level อย่างน้อย ๑ ครั้ง	$\geq ๖๐\%$	๑																	

<p>มาตรการที่สำคัญ</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑) พัฒนาระบบการเก็บ – บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล (ICD-10) ของผู้ป่วย Sepsis</p> <p>๒) กำหนดให้มีระบบทบทวน case sepsis ร่วมกันใน รพศ/รพท/รพช (Case study หรือ กรณีเสียชีวิตที่สำคัญ)</p> <p>๓) พัฒนาศักยภาพโดย Sepsis Core Team</p> <ul style="list-style-type: none"> -เพื่อลงเยี่ยมเสริมพลัง (โชน / รพ.ที่ยังไม่ผ่านตัวชี้วัด) -ทบทวน CPG ให้มีการรายงานจังหวัดกรณีมี Dead case *ออกฟอร์ม <p>๔) พัฒนาให้มีการใช้ Sepsis Care Map ในผู้ป่วย Sepsis</p> <p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑) พัฒนาระบบ Rapid response team และ Sepsis fast tract ให้เป็นรูปธรรม</p> <p>๒) พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง การวินิจฉัย และการดูแลรักษา Sepsis Care Map ในผู้ป่วย Sepsis</p> <p>๓) พัฒนาระบบติดตามข้อมูล Case Sepsis ที่ Refer (การวินิจฉัย / อาการ)</p> <p>๔) การทบทวน Dead Case Conference response team</p> <p>ระดับ รพ.สต.</p> <p>๑) พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง และการส่งต่อได้เร็ว</p>
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>
<p>ผู้ประสานงาน / เบอร์โทร /Email</p>	<p>นางผกามาศ อินทกุล โทร ๐๘๑-๙๖๗๑๕๗๒</p> <p>email : Oakorat@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่ ๔๙	อัตราการกระดูกหักซ้ำ (Refracture rate)
เกณฑ์เป้าหมาย	< ร้อยละ ๒๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย Refracture Prevention คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย</p> <p>ภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงกระทำจากการล้มในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height)</p> <p>ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือกระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) จากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหักภายใต้โครงการ Refracture Prevention โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และ ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention เป็นต้น การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘-๗๒ ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในการจัดบริการ Fast track fracture around the hip หมายถึง ผู้ป่วย Refracture Prevention ได้รับการผ่าตัดภายใน ๘ ชั่วโมง หลังได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลระดับ S (รพ.ปากช่องนานา) M๑ (รพ.เทพรัตนนครราชสีมา, รพ.พิมาย) และ M๒ (รพ.บัวใหญ่, รพ.ด่านขุนทด, รพ.โชคชัย, รพ.นครบุรี)</p> <p>กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. Femoral neck S72.0 ๒. Intertrochanter S72.1 ๓. Subtrochanter S72.2 <p>กระดูกสันหลัง กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกหน้าแข้งส่วนปลาย กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. Compression spine <ul style="list-style-type: none"> S22.0 (T-spine) S32.0 (LS-spine) S32.7 (multiple LS with pelvis) ๒. Humerus S42.2 (proximal) <ul style="list-style-type: none"> S42.3 (shaft) S42.4 (distal) ๓. Distal radius S52.5 (without ulna) <ul style="list-style-type: none"> S52.6 (with ulna)

	<p>๔. Distal femur S72.4</p> <p>๕. Proximal tibia S82.1</p> <p>๖. Distal tibia and ankle S82.3 (Plafond) S82.5 (Medial malleolus) S82.6 (lateral malleolus) S82.8 (lower leg, other)</p> <p>ผู้ป่วย Refracture Prevention ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสเหตุการณ์ด้วยรหัส</p> <p>๑. open reduction with internal fixation femur 79.35</p> <p>๒. Close reduction with internal fixation femur 79.15</p> <p>๓. Total hip arthroplasty 81.51</p> <p>๔. Partial hip arthroplasty 81.52</p> <p>ผู้ป่วย Refracture Prevention หลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด มีการติดตามและเฝ้าระวังการได้รับอุบัติเหตุชนิดไม่รุนแรงเกิดขึ้นอีก ภาวะกระดูกหักซ้ำ ๖ อวัยวะที่ต่อมาและได้รับการให้รหัสบาดเจ็บ (ผู้ป่วยที่มีรหัส ICD 10 :</p> <p>๑. Compression spine : S22.0 (T-spine) / S32.0 (LS-spine) / S32.7 (multiple LS with pelvis)</p> <p>๒. Humerus : S42.2 (proximal) / S42.3 (shaft) / S42.4 (distal)</p> <p>๓. Distal radius : S52.5 (without ulna) / S52.6 (with ulna)</p> <p>๔. Distal femur : S72.4</p> <p>๕. Proximal tibia : S82.1</p> <p>๖. Distal tibia and ankle : S82.3 (Plafond) / S82.5 (Medial malleolus) / S82.6 (lateral malleolus) / S82.8 (lower leg, other)</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ : ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว ๑ ปี</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อลดอัตราการกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Refracture) ให้ดำเนินการโดยตั้งทีม Refracture Prevention ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)</p> <p>องค์ประกอบของทีม Refracture Prevention</p>

	<p>หัวหน้าโครงการ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์</p> <p>ผู้ประสานงาน Fracture liaison nurse (FLS nurse) คือ ตัวแทน หรือ ทีมพยาบาล หรือ ผู้ถูกจัดตั้งเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน</p> <p>ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ</p> <p>จำเป็นต้องมี ระดับ รพศ./รพท. – ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์, วิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ต่อมไร้ท่อหรืออายุรแพทย์ทั่วไป, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู</p> <p>ระดับ รพช. – วิสัญญีพยาบาล, อายุรแพทย์</p> <p>แนะนำให้มี ระดับ รพศ./รพท. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, ทันตแพทย์, จักษุแพทย์</p> <p>ระดับ รพช. - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, ทันตแพทย์</p> <p>ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ จำเป็นต้องมี เภสัชกร, หน่วยบริการเยี่ยมบ้าน, หน่วยกายภาพบำบัด</p> <p>แนะนำให้มี ตัวแทนแผนกโภชนาการ</p> <p>หมายเหตุ: แนะนำให้มี หมายความว่า อาจไม่มีก็ได้ ขึ้นกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลในขณะนั้น</p> <p>สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีแพทย์แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ</p> <p>Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีอย่างน้อย ๑ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้นจัดตั้งทีม Refracture Prevention</p>															
<p>ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง</p>	<p>จำนวนที่ผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกหักซ้ำภายใน ๑ ปี (Refracture) (ราย)</p> <table border="1" data-bbox="432 1435 1442 1637"> <thead> <tr> <th>ที่</th> <th>โรงพยาบาล</th> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> <th>ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>มหาราชนครราชสีมา</td> <td>๐/๓๓๔ (๐%)</td> <td>๐/๒๓๐ (๐%)</td> <td>๒/๔๘๘ (๐.๔๑%)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>รพท/รพช</td> <td colspan="3">ไม่มีรายงานกระดูกหักซ้ำ</td> </tr> </tbody> </table>	ที่	โรงพยาบาล	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖		มหาราชนครราชสีมา	๐/๓๓๔ (๐%)	๐/๒๓๐ (๐%)	๒/๔๘๘ (๐.๔๑%)		รพท/รพช	ไม่มีรายงานกระดูกหักซ้ำ		
ที่	โรงพยาบาล	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖												
	มหาราชนครราชสีมา	๐/๓๓๔ (๐%)	๐/๒๓๐ (๐%)	๒/๔๘๘ (๐.๔๑%)												
	รพท/รพช	ไม่มีรายงานกระดูกหักซ้ำ														
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>๑. ทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ในโรงพยาบาล ระดับ M2 ขึ้นไป ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครบถ้วนตามมาตรฐานการจัดตั้งทีมแพทย์</p> <p>๒. ผู้ป่วย ๕๐ ปี ขึ้นไปที่มีกระดูกสะโพกหัก</p>															

แหล่งข้อมูล	<p>๑. รายงานผู้ป่วยโครงการ Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ ผ่านระบบเก็บข้อมูล Google sheet สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๒. รายงานการเก็บข้อมูลจาก Google sheet ของแต่ละโรงพยาบาลทุกระดับ จากฟอร์มการเก็บข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมากำหนดให้ เพื่อใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC ของกระทรวง</p> <p>๒. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๓. ฐานข้อมูลในรูปแบบ Google sheet และเก็บข้อมูลเป็น National Registry</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้ป่วย ในโครงการ Refracture Prevention ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ ๒๐</p> <p>***** เป็นการติดตามผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหัก ว่าได้รับอุบัติเหตุไม่รุนแรงซ้ำอีกหรือไม่</p> <p>รายการข้อมูล ๑</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยในโครงการ Refracture Prevention ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – กันยายน ๒๕๖๖ ที่มีกระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๖</p> <p>ผู้ป่วย ที่มีรหัส ICD 10 :</p> <p style="padding-left: 40px;">๑. Femoral neck S72.0</p> <p style="padding-left: 40px;">๒. Intertrochanter S72.1</p> <p style="padding-left: 40px;">๓. Subtrochanter S72.2</p> <p>ที่ต่อมาได้รับอุบัติเหตุชนิดไม่รุนแรงเกิดขึ้นอีกและได้รับการให้รหัสบาดเจ็บ (ผู้ป่วยที่มีรหัส ICD 10 :</p> <p style="padding-left: 40px;">๑. Compression spine : S22.0 (T-spine) / S32.0 (LS-spine) / S32.7 (multiple LS with pelvis)</p> <p style="padding-left: 40px;">๒. Humerus : S42.2 (proximal) / S42.3 (shaft) / S42.4 (distal)</p> <p style="padding-left: 40px;">๓. Distal radius : S52.5 (without ulna) / S52.6 (with ulna)</p> <p style="padding-left: 40px;">๔. Distal femur : S72.4</p> <p style="padding-left: 40px;">๕. Proximal tibia : S82.1</p> <p style="padding-left: 40px;">๖. Distal tibia and ankle : S82.3 (Plafond) / S82.5 (Medial malleolus) / S82.6 (lateral malleolus) / S82.8 (lower leg, other)</p> <p>รายการข้อมูล ๒</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วย ในโครงการ Refracture Prevention ระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๔ – กันยายน ๒๕๖๖ ทั้งหมด</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100</p>

<p>เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)</p>	<p>เกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป</p> <p>๑. มีการแต่งตั้งทีมคณะกรรมการ Refracture prevention (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๒. ในโรงพยาบาลระดับ S (รพ.ปากช่องนานา) M๑ (รพ.เทพรัตนนครราชสีมา, รพ.พิมาย) และ M๒ (รพ.บัวใหญ่, รพ.ด่านขุนทด, รพ.โชคชัย, รพ.นครบุรี) มีการจัดบริการ Fast track fracture around the hip ผ่าตัดได้ใน ๘ ชั่วโมง \geq ร้อยละ ๖๐ (๑)</p> <p>๓. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักทั้งที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘ ชั่วโมง และไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – กันยายน ๒๕๖๖ ที่มีกระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน \geq ร้อยละ ๗๐ (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๔. มี Refracture rate < ร้อยละ ๒๐ (หมายเหตุ ให้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการผ่าตัดจากโรงพยาบาลอื่น) และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ร้อยละ ๑๐๐ (๑ คะแนน)</p> <table border="1" data-bbox="501 882 1418 981"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๓ เดือน</td> </tr> <tr> <td>< ร้อยละ ๒๐</td> <td>< ร้อยละ ๒๐</td> <td>< ร้อยละ ๒๐</td> <td>< ร้อยละ ๒๐</td> </tr> </table> <p>a. ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘ ชั่วโมง และไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘ ชั่วโมงระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – กันยายน ๒๕๖๖ ที่มีกระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ร้อยละ ๑๐๐ (๐.๕ คะแนน)</p> <p>b. ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง และไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – กันยายน ๒๕๖๖ ที่มีกระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ร้อยละ ๑๐๐ (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๕. มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักทั้งที่เข้าร่วมโครงการ refracture prevention รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ, แผลกดทับ (pressure sore), ภาวะหลงสับสน (delirium) : เกิดหลังจากการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน, มีภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ (pneumonia) เป็นต้น และมีการส่งต่อข้อมูลให้แก่โรงพยาบาลลูกข่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักต่อเนื่อง รวมทั้งเฝ้าระวังกระดูกหักซ้ำใน ๖ อวัยวะ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ หลังเข้าร่วมโครงการ refracture prevention (๑ คะแนน)</p> <p>๖. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน \geq ร้อยละ ๗๐ (สสจ.จะมีการติดตามประเมินจากข้อมูลระบบ Thai COC) (๑ คะแนน)</p> <p>โรงพยาบาลระดับ F๑-F๓</p> <p>๑. มีการแต่งตั้งทีมคณะกรรมการ Refracture prevention (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๒. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักทั้งที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘ ชั่วโมง และไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๖๕ – กันยายน ๒๕๖๖ ที่มี</p>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน						
< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐						

กระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ร้อยละ ๑๐๐ (๑ คะแนน)

๓. มี Refracture rate < ร้อยละ ๒๐ (**หมายเหตุ ใน โรงพยาบาลระดับ F1-F3 มีการติดตามผู้ป่วยและมีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยหลังจากเข้าร่วมโครงการ refracture prevention และได้รับการผ่าตัดจาก รพท.,รพศ.) (๑ คะแนน)

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๓ เดือน
< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐	< ร้อยละ ๒๐

a. ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘ ชั่วโมง และไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘ ชั่วโมงระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๖ ที่มีกระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ร้อยละ ๑๐๐ (๐.๕ คะแนน)

b. ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง และไม่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๕ - กันยายน ๒๕๖๖ ที่มีกระดูกหักซ้ำ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ และมีการจัดทำระบบเก็บข้อมูลที่ชัดเจน ร้อยละ ๑๐๐ (๐.๕ คะแนน)

๔. มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักทั้งที่เข้าร่วมโครงการ refracture prevention และเฝ้าระวังกระดูกหักซ้ำใน ๖ อวัยวะ ก่อนครบ ๑ ปี ในกันยายน ๒๕๖๗ (๑ คะแนน)

๕. มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกหัก ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน \geq ร้อยละ ๗๐ (สสจ.จะมีการติดตามประเมินจากข้อมูลระบบ Thai COC) (๐.๕ คะแนน)

การแปลผลคะแนน ๕ ระดับ	
คะแนน	ระดับ
๔.๕๐-๕.๐๐	ดีมาก
๓.๕๐-๔.๔๙	ดี
๒.๕๐-๓.๔๙	ปานกลาง
๑.๕๐-๒.๔๙	น้อย
๑.๐๐-๑.๔๙	น้อยที่สุด

การแปลผล	จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
<p>คะแนน ๕ ระดับ</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการ SPสาขา ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ระดับจังหวัด</p> <p>๒. สนับสนุนเสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมสหวิชาชีพใน NODE : รพ.ลูกข่าย รพ.สต. และภาคีเครือข่าย</p> <p>๓. พัฒนาและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และภาวะกระดูกหักซ้ำ ใน ๒ ปี</p> <p>๓.๑) ระบบการเก็บ-บันทึกข้อมูล (ICD-10-9)และข้อมูล Refer In - Refer Out</p> <p>๓.๒) ระบบการเยี่ยมติดตามและทบทวน case ร่วมกันใน รพศ/รพท/รพช./รพ.สต.</p> <p>๓.๓) ระบบการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบ Tele consult , Teleconference</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการพัฒนาแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก (Refracture Prevention) ระดับอำเภอ</p> <p>๒. พัฒนาและจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และภาวะกระดูกหักซ้ำใน ๒ ปี โดยทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงการดูแลในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน โดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม</p> <p>๓. โรงพยาบาล NODE พัฒนาระบบการดูแล รักษา ติดตามผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก และเฝ้าระวังภาวะกระดูกหักซ้ำ ๖ อวัยวะ</p> <p>๑. Compression spine : S22.0 (T-spine) S32.0 (LS-spine) S32.7 (multiple LS with pelvis)</p> <p>๒. Humerus : S42.2 (proximal) S42.3 (shaft) S42.4 (distal)</p> <p>๓. Distal radius : S52.5 (without ulna) S52.6 (with ulna)</p> <p>๔. Distal femur : S72.4</p> <p>๕. Proximal tibia : S82.1</p> <p>๖. Distal tibia and ankle : S82.3 (Plafond)</p>	<p>๑. พัฒนาเครือข่ายในชุมชน เช่น Care giver, อสม., อปท, อบต</p> <p>๒. ดำเนินงานตามแนวทางการเยี่ยมบ้าน , การเก็บ- บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Thai COC</p>

		<p>S82.5 (Medial malleolus)</p> <p>S82.6 (lateral malleolus)</p> <p>S82.8 (lower leg, other) ในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักที่อยู่ในเขตบริการเครือข่ายของโรงพยาบาล NODE (ในรูปแบบบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ลดการส่งต่อ)</p> <p>๔. รพ.ทุกระดับ จัดเก็บ – บันทึกส่งข้อมูลในฐานข้อมูล (ICD-10-9) และข้อมูล Refr In - Refer Out รวมถึงมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเกิดภาวะกระดูกสะโพกหักที่ได้เข้าที่เข้าโครงการ Refracture prevention (ได้รับการผ่าตัดภายใน ๔๘-๗๒ ชั่วโมง) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเกิน ๗๒ ชั่วโมง และได้รับการรักษาแบบประคับประคองอาการ (ปฏิเสธการผ่าตัด, On skin traction ฯลฯ)</p>	
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>จังหวัด</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.นม.</p>	<p>อำเภอ</p> <p>ประธาน/รองประธาน และเลขานุการตามคำสั่งคณะกรรมการ Refracture prevention ของแต่ละโรงพยาบาล</p>	<p>ตำบล</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่ง</p>
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail</p>	<p>นางสาวธัญญา คมพยัคฆ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.นม. โทร ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๑๑๐ / ๐๙๐-๒๕๐-๕๕๘๘ E-mail : sp.orthokorat@gmail.com</p>		

ตัวชี้วัดที่ ๕๐	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	: ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕
คำนิยาม	<p>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วยระยะประคอง/ระยะท้าย (ICD-10 Z51.5) ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย และบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้</p> <p>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</p> <p>๑. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐) และบันทึกในระบบ E-claim บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า</p> <p>๒. มีบุคลากรในทีมการดูแลระดับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้</p> <p>๒.๑. โรงพยาบาลระดับ A/S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๓-๔ คน โรงพยาบาลระดับ M/F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full-time(M1)/part time(M2,F) อย่างน้อย ๑ คน</p> <p>๒.๒. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย ๓-๔ คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย ๑ คน</p> <p>๒.๓. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย ๑ คน และมีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลตามบริบท</p> <p>๒.๔. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</p> <p>๓. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรค ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้</p> <p>๓.๑ กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48</p>

	<p>๓.๒ กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03</p> <p>๓.๓ โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5</p> <p>๓.๔ โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44</p> <p>๓.๕ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50</p> <p>๓.๖ ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>๓.๗ ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>๓.๘ ผู้สูงอายุ (อายุ > ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๗ กลุ่มโรคตามข้อ ๓.๑-๓.๗ หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>๓.๙ ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>๔. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออ. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนโดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๔๐) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับค่าชดเชยยามอร์ฟินสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่ สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย</p> <p>๕. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ ๓๕)</p> <p>* เมื่อดำเนินการตามข้อ ๔-๕ หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่ สปสช กำหนด</p> <p>๖. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟิน และร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>๗. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดยกรมการแพทย์แผนไทย)</p>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาดตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต</p>

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)				
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖		
	๖๕.๙๙	๖๕.๑๓	๕๖.๑		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ในจังหวัดนครราชสีมา ร่วมพัฒนาการดูแล ในรูปแบบเครือข่ายระดับ อำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพที่ ๙				
แหล่งข้อมูล	Health data center https://hdcservice.moph.go.th รายงานมาตรฐาน ข้อมูล ตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจาก ฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของ ปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ ๐-๑๔ ปี (ที่วินิจฉัย Z515 รวมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล (รายไตรมาส)	<ul style="list-style-type: none"> - เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด จากรายงานรายไตรมาส โดยสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เสนอคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยประคับประคองเขต สุขภาพ - เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวช ระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน ๔๓ แฟ้มให้ครบถ้วน 				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
เกณฑ์การประเมิน / เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๕		
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)					
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	< ร้อยละ ๑๑	ร้อยละ ๑๑ - ๒๐	ร้อยละ ๒๑ - ๓๐	ร้อยละ ๓๑ - ๕๔	≥ ร้อยละ ๕๕

วิธีการประเมินผล :

๑. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๒. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์
๓. การติดตามผ่านอนุกรรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง กระทรวงสาธารณสุข
๔. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลระดับประคองระดับเขตสุขภาพ และจังหวัด
๕. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ. provincial network certification

มาตรการที่สำคัญ	ระดับจังหวัด	ระดับอำเภอ	ระดับตำบล
	<p>๑. ขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระดับจังหวัด</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพตามแนวทางการกรมการแพทย์แก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ</p> <p>๒.๑ การดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคองในโรงพยาบาลเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยเน้นการทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)</p> <p>๒.๒ การบริหารจัดการรายการยา (ยาOpioid และกัญชาทางการแพทย์) ให้เข้าถึงยาระงับปวดได้ทั่วถึงทุกหน่วยบริการทุกระดับ และมีแผนการใช้ยาระงับปวดในแต่ละปี</p> <p>๓. พัฒนาระบบสารสนเทศ การจัดเก็บ และการนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ เพื่อการพัฒนา โดยใช้โปรแกรม Thai COC เก็บข้อมูลเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>๑. ขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระดับอำเภอ</p> <p>๒. มีการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคองตามเกณฑ์คุณภาพการบริการ</p> <p>๓. จัดให้มีและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายในสถานพยาบาลและชุมชน</p> <p>๔. พัฒนาระบบสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และเวชภัณฑ์</p> <p>๕. การติดตามเยี่ยมบ้านและบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Thai COC และHosXp</p>	<p>๑. ดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายที่ส่งกลับมาดูแลที่บ้านตามแนวทางที่กำหนด</p> <p>๑.๑ จัดทำทะเบียนผู้ป่วย</p> <p>๑.๒ การติดตามเยี่ยมบ้าน และบันทึกข้อมูลเยี่ยมบ้านในโปรแกรม THAI COC และHosXp</p> <p>๒. จัดให้มีและพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้ายในชุมชน</p>
เอกสารสนับสนุน	<p>๑. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พศ.๒๕๖๕. https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf</p> <p>๒. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์</p>		



- ๓. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยระดับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
(http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrugsystem2561_edited030562.pdf)
- 4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016
ที่ https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
- ๕. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป: Clinical nursing practice guidelines for stroke. สถาบันประสาทวิทยา.พ.ศ.๒๕๕๘ ที่ <https://rbpho.moph.go.th/upload-file/doc/files/011518-1453-9113.pdf>
- ๖. A Guide to Children’s Palliative Care (Fourth Edition). International Children’s Palliative Care Network and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RPCH), 2018.ที่ <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children’s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
- ๗. Palliative care guideline, self-assessment workbook ศูนย์การรณรงค์ และกรมการแพทย์
- ๘. World Health Organization. (๑๙๘๖). Cancer pain relief. Geneva: World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43944/9241561009_eng.pdf
- ๙. World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care
http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/19/applications/PalliativeCare_8_A_R.pdf
- ๑๐. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานเขตระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
-	ร้อยละ	๖๕.๙๙	๖๕.๑๓	๕๖.๑

	<p style="text-align: center;">ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด (ระดับส่วนกลาง)</p> <p>๑. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๖๑-๓๐๗๘ E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ัญบุรี กรมการแพทย์</p> <p>๒. พญ. เดือนเพ็ญ ท่อรัตนเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๑๔๑๕ ต่อ ๒๔๑๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๒๒๓๔๖๖ โทรสาร : ๐ ๒๒๔๕ ๗๕๘๐ E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p> <p>๑. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ๓. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๘ - ๕๙ โทรสาร : ๐๒ ๙๖๕ ๙๘๕๑ ๔. โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ัญบุรี กรมการแพทย์</p> <p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน (ระดับส่วนกลาง)</p> <p>๑. พญ.ชลศณีย์ คล้ายทอง นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๖๑-๓๐๗๘ E-mail: chonsanee@gmail.com โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ัญบุรี กรมการแพทย์</p> <p>๒. พญ. เดือนเพ็ญ ท่อรัตนเรือง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๑๔๑๕ ต่อ ๒๔๑๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๒๒๓๔๖๖ โทรสาร : ๐ ๒๒๔๕ ๗๕๘๐ E-mail: noiduenpen@yahoo.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์</p> <p>๓. นายปวิช อภิบาลกุล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๕๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๘๕๔๖ ๓๕๖๔ โทรสาร : ๐ ๒๕๙๑ ๘๒๗๙ E-mail: eva634752@gmail.com กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์</p> <p>การรายงานผลใน Health KPI</p> <p>๑. ผู้อำนวยการสำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๙๐ ๖๓๓๒ โทรสาร : ๐๒ ๙๖๕ ๙๘๕๑ E-mail : supervision.dms@gmail.com</p>
<p>กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p>
<p>ผู้ประสานงาน / เบอร์โทร/E – mail</p>	<p>นางจันทิมา ไชยณรงค์ศักดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘๙-๕๗๙๕๕๓๘ E – mail : rnnn39@hotmail.com</p>

ตัวชี้วัดที่ ๕๑	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care *ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๙๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง Intermediate Care ;IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและ มีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคม ได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยให้มีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางในรพ.ทุกระดับ (A,S :เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M,F:โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ Intermediate bed/ward)</p> <p>ผู้ป่วย Intermediate Care ;IMC หมายถึงผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury , Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility Fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index<75 รวมทั้งคะแนน Barthel index>75 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพ ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>Intermediate ward คือการให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึงผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วันต่อสัปดาห์ หรืออย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p>Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehabilitation program หมายถึงผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมง อย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p>		
	<p>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรม การพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือ กิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพรวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>๑.โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา</p> <p>๒.การให้บริการ Intermediate ward ได้ ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ</p>		

	<p>BI (Barthel ADL index) หมายถึง แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน บาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐</p> <p>Stroke (Cerebro vascular accident) หมายถึง การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD 10 ต่อไปนี้ I60- I64</p> <p>TBI (Traumatic Brain Injury) หมายถึง การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภัยอันตราย ได้แก่ ICD 10 ต่อไปนี้ S061- S069</p> <p>SCI (Spinal Cord Injury) หมายถึง การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภัยอันตราย (Traumatic) ได้แก่ ICD 10 ต่อไปนี้ S14.0- S14.1, S24.0- S24.1, S34.0- S34.1, S34.3</p> <p>Fracture Hip (Fragility Fracture) หมายถึง การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD 10 ต่อไปนี้ S72.0- S72.2</p> <p>Multiple impairment หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องที่สำคัญตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ Swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem ส่งผลต่อการฟื้นฟูให้ได้เต็มตามศักยภาพหรือมีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งประกอบด้วย</p> <p>๑.ภาวะกลืนลำบาก(Swallowing problem) เป็นภาวะที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติในการกลืน ทำให้อาจกลืนสิ่งต่าง ๆ ได้ยากลำบากหรือมีอาการเจ็บเวลากลืน เช่น ขณะกลืนอาหารหรือของเหลวบางชนิด กลืนน้ำลาย เป็นต้น</p> <p>๒.ปัญหาเกี่ยวกับการสื่อสาร และการพูด (communication problem)</p> <p>๓.ความสามารถในการเคลื่อนไหว,การเคลื่อนไหวไปมา,การเคลื่อนย้าย (mobility problem)</p> <p>๔.ปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และความจำ (cognitive and perception problem)</p> <p>๕.ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ (bowel and bladder problem)</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.เพื่อพัฒนาระบบบริการ IMC และการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury , Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility Fracture) ไปจนครบระยะเวลา ๖เดือน</p> <p>๒.เพื่อสร้างเครือข่ายบริการ IMC โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <p>๓.เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย</p> <p>๔.เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน</p> <p>๕.ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</p>

<p>ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง ตัวชี้วัด เดิม</p>	<p>ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility Fracture) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = 20</p> <p>เกณฑ์ประเมิน ปี ๒๕๖๖</p> <table border="1" data-bbox="454 414 1428 526"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ ๗๐</td> <td>≥ ร้อยละ ๗๕</td> <td>≥ ร้อยละ ๗๕</td> <td>≥ ร้อยละ ๗๕</td> </tr> </table> <p>ผลการดำเนินงาน</p> <table border="1" data-bbox="454 616 1077 828"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>๙๖๑/๑,๐๐๑ (๙๖.๐๐)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>๑,๐๕๓/๑,๑๐๓ (๙๕.๕๗)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๖</td> <td>๑,๒๗๑/๑,๑๒๒ (๘๘.๒๘)</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	ปีงบประมาณ	ร้อยละ	๒๕๖๔	๙๖๑/๑,๐๐๑ (๙๖.๐๐)	๒๕๖๕	๑,๐๕๓/๑,๑๐๓ (๙๕.๕๗)	๒๕๖๖	๑,๒๗๑/๑,๑๒๒ (๘๘.๒๘)
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๗๕														
ปีงบประมาณ	ร้อยละ																
๒๕๖๔	๙๖๑/๑,๐๐๑ (๙๖.๐๐)																
๒๕๖๕	๑,๐๕๓/๑,๑๐๓ (๙๕.๕๗)																
๒๕๖๖	๑,๒๗๑/๑,๑๒๒ (๘๘.๒๘)																
<p>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>๑. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด</p> <p>๒. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปี ขึ้นไปทุกราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)</p>																
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2, F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษารับส่งต่อผู้ป่วย (โรงพยาบาลระดับ A = ๑ แห่ง, S=๑ แห่ง, M1 = ๒ แห่ง, M2 = ๔ แห่ง, F1 = ๘ แห่ง, F2= ๑๔ แห่ง, F3 = ๓ แห่ง)</p>																
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>๑. ประเมินตนเอง โดยใช้ Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward)</p> <p>๒. บันทึกข้อมูลในรายงาน IMC korat report</p>																
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p>	<p>๑. A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่รับ Refer จาก รพ.อื่น ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕</p> <p>ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐ ตามเกณฑ์ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกรายที่รับ Refer จากรพ.อื่น ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐</p> <p>หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน</p>																

	<p>๒. A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip(Fragility fracture) ทุกราย ที่ได้รับการรักษาในรพ.พื้นที่ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ที่ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthelindex = 20 ตามเกณฑ์ การบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F</p> <p>B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำ ภายใต้วงระยะเวลา ๖ เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกรายที่ได้รับการรักษาในรพ.พื้นที่ ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง จนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20</p> <p>หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน</p>												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100												
เกณฑ์ประเมิน ปี ๒๕๖๗	<table border="1" data-bbox="454 920 1430 1025"> <tr> <td>รอบ ๓ เดือน</td> <td>รอบ ๖เดือน</td> <td>รอบ ๙เดือน</td> <td>รอบ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>≥ร้อยละ ๗๕</td> <td>≥ร้อยละ ๗๕</td> <td>≥ร้อยละ ๘๐</td> <td>≥ร้อยละ ๘๐</td> </tr> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ๑๒ เดือน	≥ร้อยละ ๗๕	≥ร้อยละ ๗๕	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๘๐				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ๑๒ เดือน										
≥ร้อยละ ๗๕	≥ร้อยละ ๗๕	≥ร้อยละ ๘๐	≥ร้อยละ ๘๐										
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการทำงาน)	<p>ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ (๕คะแนน)</p> <p>ข้อ๑.ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ ๖ เดือน</p> <table border="1" data-bbox="552 1294 1257 1615"> <thead> <tr> <th>ผลงาน</th> <th>คะแนนที่ได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๖๕</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๖๖-๗๐</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๗๑-๗๕</td> <td>๓</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๗๖-๘๐</td> <td>๔</td> </tr> <tr> <td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>	ผลงาน	คะแนนที่ได้	น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๑	ร้อยละ ๖๖-๗๐	๒	ร้อยละ ๗๑-๗๕	๓	ร้อยละ ๗๖-๘๐	๔	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	๕
ผลงาน	คะแนนที่ได้												
น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๑												
ร้อยละ ๖๖-๗๐	๒												
ร้อยละ ๗๑-๗๕	๓												
ร้อยละ ๗๖-๘๐	๔												
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	๕												
	<p>ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ (๕ คะแนน)</p> <p>๑.เยี่ยมบ้านครั้งแรกหลัง D/C ภายใน ๗ วัน และติดตาม อย่างน้อย ๑-๒ ครั้ง/เดือน Barthel index= 20 หรือจนครบ ๖ เดือน</p> <p>๒. การบันทึกข้อมูลติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Thai COC ภายใน ๑๔วัน หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล</p> <p>๓.รายงานข้อมูลการดูแลในโปรแกรม IMC korat report ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ภายในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน</p> <p>๔.ให้มี IMC manager ที่เป็น Admin Thai COC ระดับอำเภออย่างน้อย ๑ คน</p>												

	๕..ให้มีการประเมินตนเอง ตาม Checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for Intermediate bed/ward) สำหรับรพ.ระดับ M และ F และมีแผนพัฒนาในข้อที่ยังไม่ผ่าน		
มาตรการที่สำคัญ	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑. ขับเคลื่อนโดย คณะกรรมการ IMC SP จังหวัด</p> <p>๒. เสริมสร้างความเข้มแข็งของทีมงาน และระบบงาน IMC</p> <p>๓. สนับสนุนให้มี IMC ward ในโรงพยาบาลทั่วไป</p> <p>๔. พัฒนาและดำเนินงานตาม CPG ๔ กลุ่มโรค ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>๕.การจัดตั้งศูนย์สุขใจใกล้บ้าน ระดับอำเภอ อำเภอละ ๑-๒ แห่ง/อำเภอครอบคลุมทุกอำเภอ</p> <p>๕. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง ติดตามระบบบริการผ่าน Tele consult, Tele conference, Home ward, ติดตามข้อมูลผ่าน โปรแกรม Thai COC</p>	<p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑.การขับเคลื่อน ระดับอำเภอ ขับเคลื่อนผ่าน พขอ.</p> <p>๒.สสอ.ควรสนับสนุนบุคลากรมาปฏิบัติงานในศูนย์ฟื้นฟู สุขใจใกล้บ้าน เช่น อสม.ที่มีความเชี่ยวชาญ มาช่วยทำงานร่วมกับนักกายภาพบำบัด</p> <p>๓.พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล และในชุมชน (เยี่ยมบ้าน)</p> <p>๔. พัฒนาและสนับสนุนการจัดตั้งศูนย์สุขใจใกล้บ้าน ระดับอำเภอ การมีส่วนร่วมของชุมชนมีการบูรณาการทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสุขใจ ใกล้บ้าน</p> <p>๕.การจัดนักกายภาพบำบัดให้บริการในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพสุขใจ ใกล้บ้าน และสนับสนุนให้เทศบาลเปิดกรอบนักกายภาพบำบัด</p> <p>๖. พัฒนาระบบข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง ผ่าน IMC korat report, ThaiCOC/ R๙ report</p>	<p>ระดับตำบล</p> <p>๑.พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชน เช่น อปท, อบต, care giver , อสม.</p> <p>๒. ร่วมดำเนินการจัดตั้งศูนย์สุขใจใกล้บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีการบูรณาการทุกภาคส่วน</p> <p>๓. พัฒนาระบบบริการสุขภาพ การบริการในชุมชน โดยผู้นำชุมชนในแต่ละหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วม มีการจัดอบรมใน Care giver ๑ หมู่บ้าน / ๑คน</p>

		<p>-เยี่ยมบ้านครั้งแรกหลัง D/Cภายใน ๗ วัน และติดตาม อย่างน้อย ๑-๒ ครั้ง/เดือน Barthel index =20 หรือจนครบ ๖ เดือน</p> <p>- การบันทึกข้อมูลติดตามเยี่ยมในโปรแกรม Thai COC ภายใน ๑๔วัน หลังจากจำหน่าย</p> <p>-รายงานข้อมูลการดูแลในโปรแกรม IMC korat report ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ภายในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน</p> <p>-ให้มี IMC manager เพิ่ม Admin ระดับอำเภออย่างน้อย ๑-๒ คน</p>	
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p>		
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>นางสาวณัฐนิชา ศุภานันท์พัฒน์ โทรศัพท์ ๐๙ ๕๙๑๙ ๙๗๔๖ , ๐๔๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๑๑๐ e-mail :Nicha.satha@gmail.com</p>		

ตัวชี้วัดที่ ๕๒	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๗๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์วงศ์วานวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>จังหวัด ได้แก่ จังหวัดที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ จังหวัด</p>
วัตถุประสงค์	<p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัด พิ้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ ๕ ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ ๑ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด</p> <p>ระดับที่ ๒ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ</p> <p>ระดับที่ ๓ ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ</p> <p>ระดับที่ ๔ คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p>

	ระดับที่ ๕ มีการบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก ๖ เดือน ในโปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม								
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	A = จำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรม ระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด								
แหล่งข้อมูล	๑) โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	- ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ = (A / B) * 100 A = จำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการรักษา และมีการรายงานผ่านโปรแกรม ระบบติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด								
	ลำดับ	โซน	อำเภอ	๙๐๔	๙๐๕	๙๐๗	เป้าหมายรวม	ผลงาน	ร้อยละ
	๑	๑	เมืองนครราชสีมา	๒	๐	๐	๒	๒	๑๐๐
	๒	๑	ห้วยแถลง	๐	๐	๐	๐		
	๓	๑	จักราช	๐	๐	๐	๐		
	๔	๑	ขามทะเลสอ	๐	๐	๐	๐		
	๕	๑	เฉลิมพระเกียรติ	๑	๐	๐	๑	๑	๑๐๐
	รวมโซน ๑			๓	๐	๐	๓	๓	๑๐๐
	๖	๒	โชคชัย	๐	๐	๐	๐		
	๗	๒	เสิงสาง	๐	๐	๐	๐		
	๘	๒	ครบุรี	๐	๐	๐	๐		
	๙	๒	ปักธงชัย	๑๐	๐	๐	๑๐	๑๐	๑๐๐
	๑๐	๒	วังน้ำเขียว	๐	๐	๕	๕	๕	๑๐๐
	๑๑	๒	หนองบุญมาก	๐	๐	๐	๐		
	รวมโซน ๒			๑๐	๐	๕	๑๕	๑๕	๑๐๐
	๑๒	๓	พิมาย	๐	๐	๐	๐		
	๑๓	๓	ชุมพวง	๐	๐	๐	๐		
	๑๔	๓	โนนสูง	๐	๐	๐	๐		
	๑๕	๓	โนนแดง	๐	๐	๐	๐		
	๑๖	๓	ลำทะเมนชัย	๐	๐	๐	๐		

	๑๗	๓	เมืองยาง	๐	๐	๐	๐		
	รวมโซน ๓			๐	๐	๐	๐	๐	๐
	๑๘	๔	บัวใหญ่	๕	๐	๐	๕	๕	๑๐๐
	๑๙	๔	ประทาย	๐	๐	๐	๐		
	๒๐	๔	สีดา	๐	๐	๐	๐		
	๒๑	๔	บัวลาย	๒	๐	๐	๒	๒	๑๐๐
	๒๒	๔	แก้งสนามนาง	๐	๐	๐	๐		
	รวมโซน ๔			๗	๐	๐	๗	๗	๑๐๐
	๒๓	๕	คง	๐	๐	๐	๐		
	๒๔	๕	โนนไทย	๐	๑	๐	๑	๑	๑๐๐
	๒๕	๕	ขามสะแกแสง	๐	๐	๐	๐		
	๒๖	๕	พระทองคำ	๐	๐	๐	๐		
	๒๗	๕	บ้านเหลื่อม	๐	๐	๐	๐		
	รวมโซน ๕			๐	๑	๐	๑	๑	๑๐๐
	๒๘	๖	ด่านขุนทด	๑	๐	๐	๑	๑	๑๐๐
	๒๙	๖	ปากช่อง	๐	๐	๐	๐		
	๓๐	๖	สีคิ้ว	๐	๐	๐	๐		
	๓๑	๖	สูงเนิน	๐	๐	๐	๐		
	๓๒	๖	เทพารักษ์	๐	๐	๐	๐		
	รวมโซน ๖			๑	๐	๐	๑	๑	๑๐๐
	รวม			๒๑	๑	๕	๒๗	๒๗	๑๐๐
มาตรการที่สำคัญ	<p>๑) จัดทำเครื่องมือการเก็บข้อมูลระดับอำเภอ/ โปรแกรมระบบรายงานข้อมูล ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้ง que ผู้ป่วยได้รับการรักษา</p> <p>๒) สำนักโครงการพระราชดำริฯ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ลงตรวจเยี่ยมการดำเนินงานของคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด</p> <p>๓) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอที่ชัดเจน</p>								
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ								
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	นางผิน สุนงกช เบอร์โทร ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐ - ๔ ต่อ ๔๕๒								

ตัวชี้วัดที่ ๕๓	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
เกณฑ์เป้าหมาย	๕๓.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ ๘๘ ๕๓.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๘
ความหมาย/คำนิยาม	<p>๑. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>๓. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๓.๑ การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๓.๒ การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖- ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>๒. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>

ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๘๙.๙๐ (๔๕๖/๕๐๗ ราย)</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ร้อยละ ๘๖.๗ (๓๖๘/๔๒๔ ราย)</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ร้อยละ ๗๖.๒๐ (๓๒๔/๔๒๕ ราย)</p> <p>ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ร้อยละ ๘๒.๐๐ (๓๕๑/๔๒๘ ราย)</p>
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๒. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)</p> <p>รายการข้อมูล ๑</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>รายการข้อมูล ๒</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)</p>
เงื่อนไขการคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>ไม่นับรวม</p> <p>๑.๑ ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically</p>

	<p>diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน ไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖)</p> <p>๑.๒ กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ ๕ จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ใน ตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p>
<p>เกณฑ์การให้ คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)</p>	<p>๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <p>≥ ร้อยละ ๘๘.๐๐ = ๕ คะแนน</p> <p>ร้อยละ ๘๕-๘๗.๙๐ = ๔ คะแนน</p> <p>ร้อยละ ๘๐-๘๔.๙๐ = ๓ คะแนน</p> <p>ร้อยละ ๗๕-๗๙.๙๐ = ๒ คะแนน</p> <p>≤ ร้อยละ ๗๔.๙๐ = ๑ คะแนน</p>
<p>มาตรการที่สำคัญ</p>	<p>๑. จัดการบริการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p> <p>๒. จัดทำบูรณาการนโยบายและระบบสนับสนุนจากหน่วยงานหลัก และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๓. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับความก้าวหน้าของการดำเนินงาน</p>
	<p>๑. จัดการบริการดูแลรักษาและป้องกันวัณโรคอย่างบูรณาการ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑. เน้นจัดทำแผนงานบูรณาการ “เขตเมือง” ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้าง Platform ติดตามกำกับและส่งต่อบริการ - Call center ติดตามกำกับการกินยาผู้ป่วยเขตเมืองนครราชสีมา - เยี่ยมบ้าน Family DOT ร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัดนครราชสีมา - ออกแบบ Drop in center ดูแลกลุ่มผู้เรื้อรัง/ชุมชนแออัดร่วมกับศูนย์ดูแลคนไร้ที่พึ่งและองค์กรเอกชน กลุ่มขานต้าคลอสข้างถนน - คัดกรองเชิงรุกด้วย CXR Mobile ในกลุ่มที่มีความเปราะบางและพื้นที่ที่มีผู้ป่วยสูง และส่งตรวจยืนยันด้วยวิธี X-pert บูรณาการกับโครงการกองทุนโลก <p>๒. วางระบบการใช้จ่าย Rifapentine ป้องกันวัณโรคกลุ่มผู้สัมผัสและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์</p> <p>ระดับอำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคทุกประเภท ภายใน ๗ วัน - ติดตามกำกับการกินยาในรายที่มีโรคเรื้อรัง Home ward - CXR Mobile กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ส่งตรวจ X-pert ณ สคร.๙, มหาวิทยาลัย ปากช่องนานา และ สีคิ้ว - คัดกรองและส่ง CXR กลุ่มเสี่ยง แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคเรื้อรัง - ระบบรองรับการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดกรองวัณโรคจาก รพ.สต - ระบบคุณภาพข้อมูล NTIP Program <p>ระดับตำบล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการรบกกองทุนสุขภาพตำบล CXR Mobile กลุ่มเสี่ยงในชุมชน

	- คัดกรองและส่ง CXR กลุ่มเสี่ยง แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกโรคเรื้อรัง -ติดตามกำกับกับการกินยาต่อหน้า(DOT) -บันทึก DOT และคัดกรองเชิงรุกใน NTIP Program
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	๑.นางสาวแพรวพรรณ เฟื่องฟู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ๐๙ ๑๘๓๐ ๕๕๔๙ Email : noopraewnaja.123@gmail.com ๒.นางสาวปรียาพร เข้มสันเทียะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ๐๙ ๔๖๑๒ ๒๔๗๔ Email : pariyaporn300440@gmail.com

๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๕๔	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ตามแนวทางของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ ๑๐ (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐาน อย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศ</p>				
เกณฑ์เป้าหมายและรายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	๑. ข้อมูลย้อนหลังระดับประเทศและจังหวัด				
	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	≥ร้อยละ ๗๑	≥ร้อยละ ๗๔	≥ร้อยละ ๘๐
	ระดับประเทศ	ร้อยละ	๗๙.๒๗	๘๔.๔๒	๘๒.๗๙ (ข้อมูล ณ ๗ ก.ย. ๖๖)
		เป้าหมาย (คน)	๑,๔๕๙,๒๙๔	๑,๒๕๔,๕๐๖	๑,๔๙๑,๒๗๕ (ข้อมูล ณ ๗ ก.ย. ๖๖)

		ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง (คน)	๑,๑๕๖,๗๓๔	๑,๒๐๗,๘๖๔	๑,๒๓๔,๕๕๓ (ข้อมูล ณ ๗ ก.ย. ๖๖)
ระดับจังหวัด		ร้อยละ	๘๓.๘๐	๑๐๑.๓๒	๑๐๐.๙๖ (ข้อมูล ณ ๒ ก.ย. ๖๖)
		เป้าหมาย (คน)	๕๙,๑๐๖	๕๙,๖๖๓	๕๙,๙๙๗ (ข้อมูล ณ ๒ ก.ย. ๖๖)
		ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง (คน)	๕๕,๔๔๐	๖๐,๔๕๗	๖๐,๕๔๕ (ข้อมูล ณ ๒ ก.ย. ๖๖)
https://hdcservice.moph.go.th/ ๒. เป้าหมายระดับพื้นที่					
		ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๗		
		- เป้าหมายที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๘๓		
		- พื้นที่ดำเนินการได้			
วิธีการประเมินผล	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูลของผู้รับบริการที่อยู่ต่างจังหวัดหากมีภูมิลำเนาเดียวกับที่ตั้งของหน่วยบริการก็นำมาคำนวณด้วย)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในอำเภอและจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และ บันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (เริ่มไตรมาส ๒ ไตรมาส ๓ และไตรมาส ๔ ตามลำดับ)				
แหล่งข้อมูล	https://hdcservice.moph.go.th/				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของอำเภอที่รับผิดชอบ				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของอำเภอที่รับผิดชอบจากความชุกที่ได้จากการสำรวจระดับชาติวิทยาโรคซึมเศร้าปี ๒๕๕๑ โดยกรมสุขภาพจิต (ค่าความชุก ๒.๗)				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				

เกณฑ์การให้คะแนน	- ประเมินเฉพาะจังหวัด
มาตรการ/กิจกรรมสำคัญ/แผนงาน / โครงการ	- มาตรการเดียวกับอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (crude suicide rate)
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานยาเสพติดและสุขภาพจิต ๐ ๔๔๔๖ ๕๐๑๐-๔ ต่อ ๓๐๖
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นางสาวนาริสา ศรีพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๙ ๔๙๑๙ ๑๙๓๕ นายวันชาติ แก้วปาน นักจิตวิทยาชำนาญการ โทร ๐๙ ๖๙๔๙ ๕๙๓๕ นางสาวทีร์ยาช มาระเทศ นักจิตวิทยาชำนาญการ โทร ๐๘ ๙๓๒๙ ๖๕๔๙

ตัวชี้วัดที่ ๕๕	<p>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <p>๕๕.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <p>๕๕.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</p>
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรง กับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วง ปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิด พฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)</p> <p>ระยะเวลา ๑ ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X๖๐ คือ เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชนจะยังคงได้รับการดูแลติดตาม เฝ้าระวัง ไม่ให้เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนถึงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ เป็นระยะเวลา ๑ ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๗ จะถือว่าเป็นการทำซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</p>

แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง และเผื่อระวางจนถึง วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ และไม่นับว่าเป็นการทำซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทย และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗ เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชนจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายในชุมชน และนัดมาติดตามประเมินอาการที่ สถานบริการพยาบาลใกล้บ้าน (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน ๑๕ - ๓๐ วัน โดยการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย ๗ กิจกรรม ดังต่อไปนี้

- ๑) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันที
- ๒) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84)
- ๓) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูล ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเผื่อระวาง การฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน
- ๔) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง
- ๕) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนินกันการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือ สารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย
- ๖) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือน และมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเผื่อระวางการฆ่าตัวตายในพื้นที่
- ๗) ได้รับการเผื่อระวางติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่าง สม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

เกณฑ์การประเมิน และรายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ย้อนหลัง ๓ ปี

๑. ข้อมูลย้อนหลังระดับประเทศและจังหวัด

๑.๑ การฆ่าตัวตายสำเร็จ

Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
การฆ่าตัวตายสำเร็จ	ต่อประชากรแสนคน	๘.๐	๘.๐	๘.๐
ระดับประเทศ	ต่อประชากรแสนคน	๗.๓๘	๗.๙๗	NA
ระดับจังหวัด	ต่อประชากรแสนคน	๕.๓๕	๕.๐๑	๘.๖๒ (ข้อมูล ณ ๓๑ ส.ค ๖๖)

๑.๒ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

Baseline Data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ	>๙๐	>๘๐	>๘๐
ระดับประเทศ	ร้อยละ	๙๗.๖๕	๙๘.๔๖	๙๗.๙๗
ระดับจังหวัด	ร้อยละ	๙๕.๕๙	๙๙.๒๖	๙๖.๔๒ (ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย. ๖๖)

๒. เป้าหมายระดับจังหวัด

๒.๑ การฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๗
- เป้าหมายที่กำหนด	≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน
- พื้นที่ดำเนินการได้	

๒.๒ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๗
- เป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ ๘๒
- พื้นที่ดำเนินการได้	

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่วิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐาน การจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ ในช่วงเวลา ๑ ปีงบประมาณ (วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)</p>
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	<p>ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก ๑) ข้อมูลการแจ้งตายจาก ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ๒) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖S ๓) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวน ของแต่ละจังหวัด โดยบูรณาการ ๓ ฐาน และตรวจสอบความซ้ำซ้อนข้อมูล</p> <p>ตัวชี้วัดย่อย : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก</p> <p>๑) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒) รายงานการเฝ้าระวัง การพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S</p> <p>๓) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) โดยบูรณาการข้อมูลจาก ๓ ฐาน มีการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล</p>

แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย : ๑) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S (https://suicide.dmh.go.th/)</p> <p>๓) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวน ของแต่ละจังหวัด</p> <p>เป้าหมายย่อย : ๑) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506S (https://suicide.dmh.go.th/)</p> <p>๓) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV)</p> <p>๑. การฆ่าตัวตายสำเร็จ : ไตรมาส ๔</p> <p>๒. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี : (ไตรมาส ๒, ๓ และ ๔ ตามลำดับ)</p>
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๗</p> <p>**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๖</p> <p>สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๗</p>
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ในปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า ๑ ครั้งในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>เป้าหมาย ๑ : $(A/B) \times 100,000$</p> <p>เป้าหมายย่อย ๑.๑ : $(C/D) \times 100$</p>
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินการ)	<p>๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร</p> <p>๒. มากกว่าอัตราร้อยละ ๘๒ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</p> <p>๓. โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีงานวิจัย บทความวิจัย R2R นวัตกรรม CQI ที่บ่งชี้ถึงการแก้ไขการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๒-๑๘ ปี) อย่างน้อยละ ๑ เรื่อง</p>

การให้คะแนน

๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร (<https://suicide.dmh.go.th/>)
 ประเมินครั้งที่ ๑ และครั้งที่ ๒ : ≤ ๗.๐ ต่อแสนประชากร = ๓๐ คะแนน, $๗.๑ - ๘.๐$ ต่อแสน
 ประชากร = ๒๐, ≥ ๘.๑ ต่อแสนประชากร = ๐ คะแนน

ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗		ประเมินครั้งที่ ๒/๒๕๖๗	
<input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input type="checkbox"/> สสอ. <input type="checkbox"/> รพ.สต.		<input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input type="checkbox"/> สสอ. <input type="checkbox"/> รพ.สต.	
เชิงปริมาณ (๓๐คะแนน)	เชิงคุณภาพ	เชิงปริมาณ (๓๐ คะแนน)	เชิง คุณภาพ
<input type="checkbox"/> ≤ ๗.๐ ต่อแสนประชากร = ๓๐ คะแนน <input type="checkbox"/> $๗.๑ - ๘.๐$ ต่อแสน ประชากร = ๒๐ คะแนน <input type="checkbox"/> ≥ ๘.๑ ต่อแสนประชากร = ๐ คะแนน	ไม่ประเมิน	<input type="checkbox"/> ≤ ๗.๐ ต่อแสนประชากร = ๓๐ คะแนน <input type="checkbox"/> $๗.๑ - ๘.๐$ ต่อแสน ประชากร = ๒๐ คะแนน <input type="checkbox"/> ≥ ๘.๑ ต่อแสนประชากร = ๐ คะแนน	ไม่ประเมิน

๒. มากกว่าอัตราร้อยละ ๘๒ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน
 ระยะเวลา ๑ ปี

- ประเมินเฉพาะจังหวัด

๓. งานวิจัย บทความวิจัย R2R นวัตกรรม CQI ที่บ่งชี้ถึงการแก้ไขการแก้ไขการพยายามฆ่า
 ตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ ๑๒-๑๘ ปี) อย่างน้อยละ ๑ เรื่อง (ผลงานร่วมกันระหว่าง รพ.
 และ สสอ.)

ประเมินครั้งที่ ๒ : ไม่มี = ๐ คะแนน, งานวิจัย บทความวิจัย R2R = ๓๐ คะแนน, นวัตกรรม = ๒๕
 คะแนน และ CQI ที่บ่งชี้ถึงการแก้ไขการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตาย = ๒๐ คะแนน

ประเมินครั้งที่ ๑/๒๕๖๗		ประเมินครั้งที่ ๒/๒๕๖๗	
<input type="checkbox"/> รพช. <input type="checkbox"/> สสอ. <input type="checkbox"/> รพ. สต.		<input checked="" type="checkbox"/> รพช. <input checked="" type="checkbox"/> สสอ. <input type="checkbox"/> รพ.สต.	
เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ (๓๐ คะแนน)
ไม่ประเมิน	ไม่ประเมิน	ไม่ประเมิน	งานวิจัย บทความวิจัย R๒R <input type="checkbox"/> ไม่มี = ๐ คะแนน <input type="checkbox"/> มี = ๓๐ คะแนน นวัตกรรม <input type="checkbox"/> ไม่มี = ๐ คะแนน <input type="checkbox"/> มี = ๒๕ คะแนน CQI <input type="checkbox"/> ไม่มี = ๐ คะแนน <input type="checkbox"/> มี = ๒๐ คะแนน

	<p>ทั้งนี้ ขอให้ทุกอำเภอดำเนินการตามที่กล่าวมา โดยเฉพาะพื้นที่เฝ้าระวัง ๑๕ อำเภอ ดังต่อไปนี้ อำเภอครบุรี, อำเภอเสิงสาง, อำเภอคง, อำเภอโชคชัย, อำเภอด่านขุนทด, อำเภอโนนไทย, อำเภอขามสะแกแสง, อำเภอบัวใหญ่, อำเภอปักธงชัย, อำเภอห้วยแถลง, อำเภอสูงเนิน, อำเภอสีคิ้ว, อำเภอปากช่อง, อำเภอหนองบุญมาก และอำเภอสีดา</p> <p>ต้องส่งแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง กิจกรรม หรือการป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตายในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชนมาด้วย ถึงจะพิจารณาผลการประเมินในข้อที่ ๓</p>
<p>มาตรการ/ กิจกรรมสำคัญ/ แผนงาน/โครงการ</p>	<p>แผนงาน/โครงการระดับจังหวัด</p> <p>๑. การดำเนินงานสุขภาพจิต จิตเวช ยาเสพติด และการดำเนินงานตามนโยบาย Korat Care U (V-CARE) โดยบูรณาการร่วมกับงาน To Be Number One, งานควบคุมการบริโภคการสูบบุหรี่หรือสุรา และงานบำบัดยาเสพติด เพื่อกำกับ ติดตาม รายงานข้อมูล และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยการเยี่ยมเสริมพลังทั้ง ๖ โซน พร้อมสนับสนุนให้มีการนำองค์ความรู้จากงานประจำลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ รับฟังปัญหาในการทำงานด้านซึมเศร้า การทำร้ายตนเองสำเร็จ/การพยายามทำร้ายตนเอง การช่วยเหลือดูแล ผู้ประสบภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิต (MCATT) หรือจิตเวชฉุกเฉิน (PEMS) การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง (หรือการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีความพร้อม) และการจัดระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เพื่อสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ทันเวลาและตรงตามความต้องการของปัญหา</p> <p>๒. การดำเนินงานเพื่อพัฒนา Service Plan สาขาจิตเวชและสารเสพติด จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๓. การดำเนินงานเพื่อพัฒนาแนวทางการให้บริการเด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียนรู้ ออทิสติก สมาธิสั้น และการตรวจประเมินความสามารถทางเชาว์ปัญญา ร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชชนรินทร์ และศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ หรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๔. การประชุมเชิงปฏิบัติการคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต จังหวัดนครราชสีมา (งบประมาณ โดย กรมสุขภาพจิต)</p> <p>๕. การดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต จิตเวช ยาเสพติด และแนวทางการให้คำปรึกษาจังหวัดนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๖. การดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ (OSCC) จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๗. ปฏิบัติหน้าที่ตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้บังคับบัญชา</p> <p>แผนงาน/โครงการระดับอำเภอและตำบล</p> <p>๑. มีระบบเฝ้าระวังและติดตามดูแลต่อเนื่องปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ยาเสพติด และสารเสพติด ผ่านการดำเนินงานตามนโยบาย Korat Care U (V-CARE) ทันเวลา มีประสิทธิภาพ และเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะวิกฤตสุขภาพจิต (MCATT) ตลอดจนจิตเวชฉุกเฉิน ร่วมกันทีม EOC, EMS, miniMERT, MERT ร่วมกับฝ่ายปกครองและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง หรือตามที่ผู้บังคับบัญชามอบหมาย</p> <p>๒. ทบทวนบริการเด็กที่มีปัญหาการบกพร่องทางการเรียนรู้ (L.D.) เด็กที่มีความต้องการพิเศษทางด้านสติปัญญา สมาธิสั้น ออทิสติก ให้สามารถเข้าถึงระบบบริการเพิ่มขึ้น และทันเวลา</p>

	<p>๓. บริหารจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีคุณภาพ มีความถูกต้อง และมีการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC, https://506s.dmh.go.th/ ครบถ้วนและทันเวลา</p> <p>๔. มีการประสานภาคีเครือข่ายทั้งในระบบและนอกระบบ ในการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับชุมชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ภายใต้กองทุนสุขภาพตำบลขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้การสนับสนุนทรัพยากรจากพื้นที่ ตลอดจนประชาชนมีความเข้าใจและมีแนวทางการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม สามารถใช้บริการสายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ หรือใช้บริการ Application: Mental Health Check In (MHCI) เพื่อขอรับคำปรึกษาเบื้องต้น หรือเข้าสู่ระบบบริการทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม</p> <p>๕. พัฒนาศักยภาพ นวัตกรรม รูปแบบบริการ หรือชุดความรู้ในระดับพื้นที่ เพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในการดูแล รักษา ติดตาม พื้นสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำหรือก่อความรุนแรง (SMI-V)</p>
กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานยาเสพติดและสุขภาพจิต ๐๔๔ ๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๓๐๖
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e- mail	นางสาวนริสา ศรีพรหม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๙ ๔๙๑๙ ๑๙๓๕ นายวันชาติ แก้วปาน นักจิตวิทยาชำนาญการ โทร ๐๙ ๖๙๔๙ ๕๙๓๕ นางสาวทีรียาซ์ มาระเทศ นักจิตวิทยาชำนาญการ โทร ๐๘ ๙๓๒๙ ๖๕๔๙

ตัวชี้วัดที่ ๕๖	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	
๖๐ (Retention Rate) ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔	๖๕ (Retention Rate) ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔	๗๐ (Retention Rate) ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔	๗๕ (Retention Rate) ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔	๘๐ (Retention Rate) ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔	
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย ๑ ปี</p>				
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปี หลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข				

ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
			ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) <u>ระดับประเทศ</u> <u>ระดับจังหวัดนครราชสีมา</u>	ร้อยละ (เฉลี่ย ๓ ปี) ๖๐.๖๒ ๖๗.๘๗	๕๗.๙๔ ๕๘.๕๗
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
รายการข้อมูล ๑	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู				
รายการข้อมูล ๒	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษาหรือบำบัดโดย Methadone				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๗	รพช./สสอ.																												
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																									
	๖๕	๖๕	๖๕	๖๕																									
	<p>โดยการนำข้อมูลจากระบบ บสต.และการดำเนินงานในพื้นที่เพื่อพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล และพัฒนางานวิชาการ/นวัตกรรม/CQI/R2R/วิจัยในเรื่องกระบวนการคัดกรองบำบัดรักษา และติดตามโดยชุมชนมีส่วนร่วม</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">ประเมินรอบที่ ๑ และ ๒ (๑๐๐ คะแนน)</th> </tr> <tr> <th colspan="2">เชิงปริมาณ (๘๐ คะแนน)</th> <th colspan="2">เชิงคุณภาพ (๒๐ คะแนน)</th> </tr> <tr> <th>Retention Rate (ร้อยละ)</th> <th>คะแนน</th> <th>แสดงเอกสารประกอบ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ ๕๕.๙๙</td> <td>๒๐</td> <td>๑. ผ่านการรับรองคุณภาพ</td> <td rowspan="3">๑๐</td> </tr> <tr> <td>๕๕.๐๐ - ๕๙.๙๙</td> <td>๔๐</td> <td>สถานพยาบาลยาเสพติด (HA ยาเสพติด) และไม่ขาดอายุการรับรองคุณภาพ</td> </tr> <tr> <td>๖๐.๐๐ - ๖๔.๙๙</td> <td>๖๐</td> <td></td> </tr> <tr> <td>≥ ๖๕</td> <td>๘๐</td> <td>๒. ส่งผลงานวิชาการ/นวัตกรรม/CQI/R2R/วิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี</td> <td>๑๐</td> </tr> </tbody> </table>				ประเมินรอบที่ ๑ และ ๒ (๑๐๐ คะแนน)				เชิงปริมาณ (๘๐ คะแนน)		เชิงคุณภาพ (๒๐ คะแนน)		Retention Rate (ร้อยละ)	คะแนน	แสดงเอกสารประกอบ	คะแนน	≤ ๕๕.๙๙	๒๐	๑. ผ่านการรับรองคุณภาพ	๑๐	๕๕.๐๐ - ๕๙.๙๙	๔๐	สถานพยาบาลยาเสพติด (HA ยาเสพติด) และไม่ขาดอายุการรับรองคุณภาพ	๖๐.๐๐ - ๖๔.๙๙	๖๐		≥ ๖๕	๘๐	๒. ส่งผลงานวิชาการ/นวัตกรรม/CQI/R2R/วิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี
ประเมินรอบที่ ๑ และ ๒ (๑๐๐ คะแนน)																													
เชิงปริมาณ (๘๐ คะแนน)		เชิงคุณภาพ (๒๐ คะแนน)																											
Retention Rate (ร้อยละ)	คะแนน	แสดงเอกสารประกอบ	คะแนน																										
≤ ๕๕.๙๙	๒๐	๑. ผ่านการรับรองคุณภาพ	๑๐																										
๕๕.๐๐ - ๕๙.๙๙	๔๐	สถานพยาบาลยาเสพติด (HA ยาเสพติด) และไม่ขาดอายุการรับรองคุณภาพ																											
๖๐.๐๐ - ๖๔.๙๙	๖๐																												
≥ ๖๕	๘๐	๒. ส่งผลงานวิชาการ/นวัตกรรม/CQI/R2R/วิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี	๑๐																										
วิธีการประเมินผล :	<p>สถานพยาบาลยาเสพติด (รพท./รพช.) รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๔๕</td> <td>๕๐</td> <td>๕๕</td> <td>๖๐</td> <td>๖๕</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕															
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																									
๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕																									
มาตรการ/กิจกรรมสำคัญ/แผนงาน /โครงการ	<p>ระดับจังหวัด/ ระดับอำเภอ/ ระดับตำบล ระดับจังหวัด</p> <p>๑. มาตรการป้องกันยาเสพติด</p> <p>๑.๑ ร่วมจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด มีการตั้งด่าน (ปีใหม่ สงกรานต์), ประชากรรัฐ เพื่อป้องกัน และค้นหา ชักชวน เข้ารับการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในสถานพยาบาล หรือในชุมชน</p> <p>๑.๒ โครงการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗ โดยจัดกิจกรรมรณรงค์วันยาเสพติดโลก ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๗</p> <p>๑.๓ ร่วมกับงาน TO BE NUMBER ONE ในจัดกิจกรรมประกวดเยาวชน TO BE NUMBER ONE IDOL เก่ง ดี มีความสุข เพื่อเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนเป็นต้นแบบใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และเพิ่มทักษะชีวิต</p>																												

	<p>๑.๔ ร่วมกับงาน TO BE NUMBER ONE ในการจัดกิจกรรมสร้างและขยายเครือข่ายชมรม TO BE NUMBER ONE ๓ setting ทั้งสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน</p> <p>๑.๕ ร่วมกับงาน TO BE NUMBER ONE จัดกิจกรรมประกวด TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERISE NAKHONRATCHASIMA CHAMPIONSHIP เพื่อเสริมสร้างการออกกำลังกายเพิ่มการเรียนรู้นอกห้องเรียน และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนสร้างเวทีสาธารณะให้เยาวชนได้แสดงความสามารถอย่างเต็มที่</p> <p>๒. มาตรการบำบัดรักษายาเสพติด</p> <p>๒.๑ โครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด HA ยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๙๕) รวมถึงสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ศูนย์คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๔</p> <p>๒.๒ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม ปี ๒๕๖๗</p> <p>๒.๓ โครงการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗ จัดสรรงบประมาณการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ,มาตรา ๑๑๓,๑๑๔ ตามเป้าหมายอย่างเหมาะสมเพียงพอ ตามผลงาน</p> <p>๒.๔ โครงการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗</p> <p>๓. มาตรการบริหารจัดการ</p> <p>๓.๑ ประชุมมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำนวน ๑ ครั้ง เน้นให้ทุก รพ. เป็นพี่เลี้ยงให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการเตรียมความพร้อมดำเนินการจัดตั้งศูนย์คัดกรองในพื้นที่ให้ครอบคลุมทุกตำบล ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๔</p> <p>๓.๒ จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูล บสต.จังหวัดนครราชสีมาระดับพื้นที่ ปี ๒๕๖๗</p> <p>๓.๓ พัฒนางานวิชาการ/นวัตกรรม/CQI/R2R แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๓.๔ จัดโครงการสนับสนุนชุดตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ยาบ้า) ให้แก่ รพ. สสอ. และศูนย์คัดกรองในสังกัดตามเป้าหมายที่กำหนด</p> <p>๓.๕ ขยายพื้นที่ในการจัดตั้งโรงพยาบาลมิถิณญารักษ์จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๓.๖ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด</p> <p>๓.๗ สนับสนุนให้มีการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดให้ครบทุกแห่ง</p> <p>๓.๘ ประชุมประจำเดือน คอ.ปส.จ.นม และโต๊ะข่าวยาเสพติด</p>
--	---

	<p>ระดับอำเภอ / ระดับตำบล</p> <p>๑. มาตรการป้องกันยาเสพติด</p> <p>๑.๑ ร่วมจัดระเบียบสังคมแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด มีการตั้งด่าน (ปีใหม่ สงกรานต์), ประชากร เพื่อป้องกัน และค้นหา ชักชวน เข้ารับการบำบัดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในสถานพยาบาล หรือในชุมชน</p> <p>๑.๒ ร่วมจัดกิจกรรมโครงการส่งเสริมป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗ โดยจัดกิจกรรมรณรงค์วันยาเสพติดโลก ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๗</p> <p>๑.๓ เข้าร่วมกิจกรรมประกวดเยาวชน TO BE NUMBER ONE IDOL เก่ง ดี มีความสุข เพื่อเสริมสร้างให้เด็กและเยาวชนเป็นต้นแบบใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และเพิ่มทักษะชีวิต</p> <p>๑.๔ เข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมสร้างและขยายเครือข่ายชมรม TO BE NUMBER ONE 3 setting ทั้งสถานศึกษา สถานประกอบการ และชุมชน</p> <p>๑.๕ เข้าร่วมกิจกรรมประกวด TO BE NUMBER ONE TEEN DANCERCISE NAKHONRATCHA -SIMA CHAMPIONSHIP เพื่อเสริมสร้างการออกกำลังกายเพิ่มการเรียนรู้ นอกห้องเรียน และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ตลอดจนสร้างเวทีสาธารณะให้เยาวชนได้แสดง ความสามารถอย่างเต็มที่</p> <p>๒. มาตรการบำบัดรักษายาเสพติด</p> <p>๒.๑ เข้าร่วมโครงการพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด HA ยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗ (ร้อยละ ๙๕) รวมถึงสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ศูนย์ คัดกรองและศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๔</p> <p>๒.๒ เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนางานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ ติดยาเสพติด โดยชุมชนมีส่วนร่วม ปี ๒๕๖๗</p> <p>๒.๓ โครงการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗ เบิกจ่ายงบประมาณ การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ,มาตรา ๑๑๓,๑๑๔ ตามเป้าหมาย จำนวน ๓,๐๗๙ ราย อย่างเหมาะสม เพียงพอ ตามผลงาน</p> <p>๒.๔ ร่วมจัดกิจกรรมโครงการติดตามผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดนครราชสีมา ปี ๒๕๖๗</p> <p>๓. มาตรการบริหารจัดการ</p> <p>๓.๑ เข้าร่วมประชุมรับมอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จำนวน ๑ ครั้ง โดยทุก รพ. จะเป็นพี่เลี้ยงให้กับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์คัดกรองในพื้นที่ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.๒๕๖๔</p> <p>๓.๒ เข้าร่วมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูล บสต.จังหวัดนครราชสีมา ระดับพื้นที่ ปี ๒๕๖๗</p> <p>๓.๓ ร่วมพัฒนางานวิชาการ/นวัตกรรม/CQI/R๒R แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและสาร เสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา</p> <p>๓.๔ รับการสนับสนุนชุดตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ (ยาบ้า) จาก สสจ. ตามเป้าหมาย ที่กำหนด</p>
--	---

	<p>๓.๕ เตรียมความพร้อมเพื่อขยายพื้นที่การจัดตั้งโรงพยาบาลมิถิณญารักษ์จังหวัดนครราชสีมา โชนละ ๑ แห่ง</p> <p>๓.๖ จัดตั้งหอผู้ป่วยในสำหรับผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลที่มีความพร้อม</p> <p>๓.๗ จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดให้ครบทุกโรงพยาบาลจำนวน ๓๓ แห่ง</p> <p>๓.๘ เข้าร่วมประชุมประจำเดือน ศอ.ปส.จ.นม และโต๊ะข่าวยาเสพติด</p>
<p>กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ</p>	<p>งานบำบัดยาเสพติด กลุ่มงานยาเสพติดและสุขภาพจิต</p>
<p>ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/ e- mail</p>	<p>๑. ชื่อ-สกุล นางจรรยาศรี โคมพุดชา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๘๒๔ ๐๙๖๖ E-mail : pooky2511@gmail.com</p> <p>๒. ชื่อ-สกุล นางสาววรรณาทิพย์เจริญมาก ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๗๐๓ ๔๐๑๖ E-mail : wanna.noi2009@gmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๔ ๔๖๕ ๐๑๐ - ๔ ต่อ ๓๐๖ โทรสาร : ๐๔๔ ๔๖๕ ๐๒๑ สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๕๗	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการบริหารกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่างไม่เกิน ๓%)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐
ความหมาย/คำ นิยาม	<p>- หน่วยบริการ หมายถึง รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.) ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนกำลังคนและการกระจายตัวที่สอดคล้องกับแผนปฏิรูปกำลังคน สอดคล้องกับภารกิจบริการสุขภาพและรองรับการถ่ายโอนไปยังท้องถิ่น โดยต้องมีการวิเคราะห์ข้อมูลอัตรากำลังคน ความพอเพียงหรือความต้องการบุคลากร อัตราการคงอยู่ของบุคลากร อัตราการสูญเสียบุคลากร รวมถึงการดำเนินการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างสำหรับการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน และดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างให้บรรลุ และตำแหน่งว่างลดลงในภาพรวมจังหวัด คงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓ การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ มีเกณฑ์ ๔ ข้อ ดังนี้</p> <p>๑. วิเคราะห์กรอบอัตรากำลังทุกประเภทการจ้าง (๕ประเภท) วิเคราะห์ความพอเพียงหรือความต้องการ หรือมีอัตรากำลังเกิน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๑ ธ.ค.๖๖ , ๓๐ มิ.ย.๖๗) โดยยึดตามกรอบอัตรากำลังของโครงสร้างของหน่วยบริการ</p> <p>๒. วิเคราะห์อัตราการคงอยู่ของบุคลากรและอัตราการสูญเสียบุคลากร ข้อมูล ณ เดือน ๓๑ ธ.ค.๖๖ , ๓๐ มิ.ย.๖๗)</p> <p>๓. ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ (โดยจังหวัดคืนข้อมูลให้) และกำหนดแผนการใช้ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๑ ธ.ค.๖๖ , ๓๐ มิ.ย.๖๗)</p> <p>๔. ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว (โดยจังหวัดคืนข้อมูลให้) และกำหนดแผนการใช้ตำแหน่งว่าง ประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๑ ธ.ค.๖๖ , ๓๐ มิ.ย.๖๗)</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนให้สอดคล้องกับแผนปฏิรูปกำลังคน สอดคล้องกับภารกิจบริการสุขภาพและรองรับการถ่ายโอนไปยังท้องถิ่น</p> <p>๒. เพื่อบริหารตำแหน่งว่างและลดอัตราตำแหน่งว่าง</p>
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>ปี ๒๕๖๔ หน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ (ตำแหน่งว่าง คงเหลือร้อยละ ๑๐.๓๐)</p> <p>ปี ๒๕๖๕ หน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๖๑.๔๐ (ตำแหน่งว่าง คงเหลือร้อยละ ๖.๔๔)</p> <p>ปี ๒๕๖๖ หน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๔.๓๗ (ตำแหน่งว่าง คงเหลือร้อยละ ๕.๑๔)</p>

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	- รพท. ๓ แห่ง - รพช. ๓๐ แห่ง - สสอ. (รวม รพ.สต.) รวม ๓๒ แห่ง
แหล่งข้อมูล	- ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS) - รายงานอัตราว่างระดับจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากระบบรายงานการวิเคราะห์อัตรากำลังและรายงานแผนการบริหารตำแหน่งว่าง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จ.น.หน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ (๑๐๐ คะแนน)} \times ๑๐๐}{\text{หน่วยบริการทั้งหมดใน.จ.นม.}}$
เกณฑ์การให้ คะแนน	ประเมินรอบ ๑ : ใช้ข้อมูล ณ ๓๑ ธ.ค.๖๖ ๑. วิเคราะห์กรอบอัตรากำลังทุกประเภทการจ้าง (๕ประเภท) ๒๕ คะแนน ๒. วิเคราะห์อัตราการคงอยู่ของบุคลากรและอัตราการสูญเสียบุคลากร ๒๕ คะแนน อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) = $\frac{\text{จ.น.บุคลากรทุกประเภทการจ้าง (ยกเว้นรายวันรายคาบ) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง} \times ๑๐๐}{\text{เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป ข้อมูล ณ ๓๑ ธ.ค.๖๖}}$ $\frac{\text{จ.น.บุคลากรทั้งหมดทุกประเภทการจ้าง (ยกเว้นรายวันรายคาบ) ณ ๑ ต.ค.๖๖}}{\text{จ.น.บุคลากรทั้งหมดทุกประเภทการจ้าง (ยกเว้นรายวันรายคาบ) ณ ๑ ต.ค.๖๖}}$ อัตราการสูญเสียบุคลากร (Loss Rate) = $\frac{\text{จ.น.ข้าราชการที่สูญเสีย (ลาออก ถูกให้ออก โอนไปนอกสังกัด สป.) ณ ๓๑ ธ.ค.๖๖} \times ๑๐๐}{\text{จ.น.ข้าราชการ ณ ๑ ต.ค.๖๖}}$ ๓. กำหนดแผนการใช้ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการที่สอดคล้องกับ แผนความต้องการกำลังคน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๑ ธ.ค.๖๖) ๒๕ คะแนน ๔. กำหนดแผนการใช้ตำแหน่งว่าง ประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๑ ธ.ค.๖๖) ๒๕ คะแนน ประเมินรอบ ๒ : ใช้ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย.๖๗ ๑. วิเคราะห์กรอบอัตรากำลังทุกประเภทการจ้าง (๕ประเภท) ๒๕ คะแนน ๒. วิเคราะห์อัตราการคงอยู่ของบุคลากรและอัตราการสูญเสียบุคลากร ๒๕ คะแนน อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) = $\frac{\text{จ.น.บุคลากรทุกประเภทการจ้าง (ยกเว้นรายวันรายคาบ) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง} \times ๑๐๐}{\text{เป็นระยะเวลา ๑ ปีขึ้นไป ข้อมูล ณ ๓๐ มิ.ย.๖๗}}$ $\frac{\text{จ.น.บุคลากรทั้งหมดทุกประเภทการจ้าง (ยกเว้นรายวันรายคาบ) ณ ๑ ต.ค.๖๖}}{\text{จ.น.บุคลากรทั้งหมดทุกประเภทการจ้าง (ยกเว้นรายวันรายคาบ) ณ ๑ ต.ค.๖๖}}$ อัตราการสูญเสียบุคลากร (Loss Rate) = $\frac{\text{จ.น.ข้าราชการที่สูญเสีย (ลาออก ถูกให้ออก โอนไปนอกสังกัด สป.) ณ ๓๐ มิ.ย.๖๗} \times ๑๐๐}{\text{จ.น.ข้าราชการ ณ ๑ ต.ค.๖๖}}$

	<p>๓. กำหนดแผนการใช้ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการที่สอดคล้องกับแผน</p> <p>ความต้องการกำลังคน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๐ มิ.ย.๖๗) ๒๕ คะแนน</p> <p>๔. กำหนดแผนการใช้ตำแหน่งว่าง ประเภทพนักงานกระทรวงสาธารณสุขและลูกจ้างชั่วคราว สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคน (ข้อมูล ณ เดือน ๓๐ มิ.ย.๖๗) ๒๕ คะแนน</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail	<p>น.ส.วิทย์สุดา ญวนฉม ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๔๑</p> <p>น.ส.อัญชลี อินทร์วิเชียร ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๔๔๑</p>

ตัวชี้วัดที่ ๕๘	ร้อยละของหน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>- หน่วยบริการ หมายถึง สสจ.นม. รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.)ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- บุคลากร หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานทุกประเภทการจ้าง (๕ ประเภท) คือ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว</p> <p>- องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์</p> <p>ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่คนทำงานที่มีความสุขที่ทำงานน่ายุ้ย และชุมชนสมานฉันท์</p> <p>- องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (สสจ.นม. รพท. รพช. และ สสอ.(รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงาน องค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุขเป็นแนวทางในการดำเนินงานสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p>
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>ปี ๒๕๖๔ หน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓</p> <p>ปี ๒๕๖๕ หน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๑๘</p> <p>ปี ๒๕๖๖ หน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๓๘</p>
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>- รพท. ๓ แห่ง</p> <p>- รพช. ๒๙ แห่ง</p> <p>- สสอ. (รวม รพ.สต.) รวม ๓๒ แห่ง</p>

แหล่งข้อมูล	- บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าทำแบบประเมินความสุขของบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH - หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- แบบรายงานการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ}}{\text{จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด}} \times 100$
เกณฑ์การให้คะแนน	ประเมินรอบ ๑ : - ประเมินรอบ ๒ : ใช้ข้อมูล ณ ๓๐ มิย.๖๗ ๑. ผู้บริหารประกาศนโยบายการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขปี ๒๕๖๗ ๑ คะแนน ๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ๑ คะแนน ๓. ประเมินและวิเคราะห์ความสุขตามแบบประเมิน Happinometer ทั้ง ๙ ด้าน ๑ คะแนน ๔. สนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการสร้างสุขในองค์กร (แนบผลงานการจัดกิจกรรมเป็น one page) ๑ คะแนน ๕. ดำเนินการตามประเมินตนเองตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กสร. ๑ คะแนน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้ประสานงาน	น.ส.พุลสมบัติ ชัยมะเร็ง ,น.ส.ณัฐพิชิตา เขียนโคกกรวด ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐ - ๔ ต่อ ๑๐๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๕๙	หน่วยบริการมีการดำเนินงาน Smart Hospital
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่ง ร้อยละ ๕๐
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่ง ร้อยละ ๕๐ (ผ่านเกณฑ์ประเมิน ๔ ข้อ)
ความหมาย/คำนิยาม	Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม และเป็นไปตามนโยบายของเขตสุขภาพที่ ๙ และกระทรวงสาธารณสุข กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital ของจังหวัดนครราชสีมา มีการดำเนินงานหลักๆ ๔ เรื่องดังนี้ ๑. Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย ๑ จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์ ๒. Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ ๓. มีการดำเนินงาน Paperless เพื่อลดการใช้กระดาษ ๔. หน่วยบริการมีการพัฒนา back office ในเรื่องของการเงินการบริหารโครงการและงบประมาณ

วัตถุประสงค์	<p>๑. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ</p> <p>๒. บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม</p> <p>๓. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital</p>			
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
		-	-	-
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินผ่านทั้ง ๔ ข้อ โดยมีคะแนนข้อละ ๒๕ คะแนน เต็ม ๑๐๐ คะแนน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงาน Smart Hospital(ผ่าน๔ข้อ)} * 100}{\text{โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข}}$			
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ			
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail	<p>ผู้รายงาน นายปกรณ์ ริมประณาม</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>			

ตัวชี้วัดที่ ๖๐	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ HAIT (หมวดความปลอดภัย) Data Security
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่ง ร้อยละ ๙๐
ความหมาย/คำ นิยาม	<p>การจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>ระบบการจัดการความมั่นคงปลอดภัยที่เริ่มจากการกำหนดนโยบายด้านความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาล การจัดทำระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยที่ผู้ใช้ระบบทุกคนต้องปฏิบัติตาม การสร้างความตระหนัก การประชาสัมพันธ์ นโยบายและจัดอบรมให้ความรู้ระเบียบปฏิบัติให้บุคลากรทุกคนได้รับทราบ การตรวจสอบว่าบุคลากรได้รับทราบ เข้าใจ ยอมรับ และปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัยอย่างเคร่งครัด รวมถึงการจัดการ Data Center ของโรงพยาบาลให้มั่นคงปลอดภัย ได้มาตรฐานทางกายภาพตามแนวทางการปฏิบัติที่ดีตาม แนวนโยบายและแนวปฏิบัติในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยด้านสารสนเทศ ๗ หมวด</p> <p>แนวทางดำเนินการ :</p> <p>หมวดที่ ๑ การควบคุมการเข้าถึงและการใช้งานระบบสารสนเทศ</p> <p>หมวดที่ ๒ การรักษาความปลอดภัยฐานข้อมูลและสำรองข้อมูล</p> <p>หมวดที่ ๓ การตรวจสอบและประเมินความเสี่ยงด้านสารสนเทศ</p> <p>หมวดที่ ๔ การรักษาความปลอดภัยด้านกายภาพ สถานที่ และ</p>

	<p>สภาพแวดล้อม</p> <p>หมวดที่ ๕ การดำเนินการตอบสนองเหตุการณ์ความมั่นคงปลอดภัยทางระบบสารสนเทศ</p> <p>หมวดที่ ๖ การสร้างความตระหนักในเรื่องการรักษาความปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>หมวดที่ ๗ หน้าที่และความรับผิดชอบ</p>			
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและมีความมั่นคงปลอดภัยในการใช้งานด้านสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล</p> <p>๒. เพื่อเผยแพร่ประกาศนโยบายและข้อปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้รับทราบ เข้าถึง เข้าใจและถือปฏิบัติตามนโยบายและแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด</p> <p>๓. เพื่อกำหนดมาตรฐาน แนวทางปฏิบัติและวิธีการปฏิบัติให้ผู้บริหาร ผู้ใช้งาน ผู้ดูแลระบบ และบุคคลภายนอกที่ปฏิบัติงานให้กับกระทรวงสาธารณสุข ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาความมั่นคงในการใช้งานด้านสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด โดยจะต้องมีการทบทวนนโยบายปีละหนึ่งครั้ง</p>			
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
		-	-	-
กลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ศึกษารายละเอียดและมาตรการต่างในการดำเนินงาน HAIT ในเว็บ www.korathhealth.com ในหัวข้อ HAIT			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินการจัดการความมั่นคงปลอดภัยในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศตามมาตรฐาน HAIT ให้ผ่านเกณฑ์			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงาน HAIT *๑๐๐</p> <p>โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข งานข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ			
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ e-mail	<p>ผู้รายงาน นายปกรณ์ ริมประนาม</p> <p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>			

ตัวชี้วัดที่ ๖๑	<p>ร้อยละของหน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุงและเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง</p> <p>๖๑.๑) หน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุง</p> <p>๖๑.๒) หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม)</p> <p>๖๑.๓) หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนใช้ไปตามนโยบาย EMS)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๖๒.๑) หน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุง ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๖๒.๒) หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม)</p> <p>ไตรมาศ ๒ (ผลงาน ๖ เดือน) : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐</p> <p>ไตรมาศ ๓ (ผลงาน ๙ เดือน) : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>ไตรมาศ ๔ (ผลงาน ๑๒ เดือน) : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>๖๒.๓) หน่วยบริการมีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS)</p> <p>ไตรมาศ ๒ (ผลงาน ๖ เดือน) : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ...-...</p> <p>ไตรมาศ ๓ (ผลงาน ๙ เดือน) : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐</p> <p>ไตรมาศ ๔ (ผลงาน ๑๒ เดือน) : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐</p>
ความหมาย/คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - แผนเงินบำรุง หมายถึง แผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงของหน่วยบริการ - เงินลงทุน หมายถึง เงินลงทุนด้วยเงินบำรุง - เงินลงทุนใช้ไป หมายถึง จำนวนการเบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) เพื่อการลงทุนตามนโยบาย EMS - นโยบาย EMS หมายถึง Environment, Modernization and Smart Service คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง ๓ ด้าน (หมายความรวมทั้ง Work Live Balance) <p>๑. <i>สิ่งแวดล้อมดี (Environment)</i> : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการ ทั้งภายในและภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบต่อชุมชน เช่น โซล่าเซลล์ ระบบบำบัดน้ำเสีย อาคารที่จอดรถ เป็นต้น</p> <p>๒. <i>ความทันสมัย (Modernize)</i> : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ เช่น Smart ER Smart OPD เป็นการลงทุนเพื่อปรับให้มีการบริการที่ดีขึ้น ทันสมัยขึ้นสะดวกสบาย ลดเวลาการรอคอย</p> <p>๓. <i>บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)</i> : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอนวิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับด้วยความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษ รวมทั้ง Work Live Balance การปรับปรุงและก่อสร้างที่พักอาศัย</p>

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุง เพื่อให้บริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการนำเงินบำรุงมาพัฒนาหน่วยบริการ เป็นการยกระดับคุณภาพการบริการของหน่วยบริการ ในจังหวัดนครราชสีมา พัฒนาหน่วยบริการให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเสริมสร้างสุขภาพ สนับสนุนการจัดบริการในหน่วยบริการรูปแบบใหม่</p> <p>๒. เพื่อให้มีการกำกับ ติดตาม การเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุงของหน่วยบริการ</p>															
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<table border="1" data-bbox="464 539 1401 846"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th colspan="3">ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี</th> </tr> <tr> <th>ปี ๒๕๖๔</th> <th>ปี ๒๕๖๕</th> <th>ปี ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- รพ.มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม) > ร้อยละ ๘๐</td> <td>n/a</td> <td>n/a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- รพ.มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS) > ร้อยละ ๓๐</td> <td>n/a</td> <td>n/a</td> <td>๒๖/๓๓ (๗๘.๗๘)</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี			ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	- รพ.มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม) > ร้อยละ ๘๐	n/a	n/a		- รพ.มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS) > ร้อยละ ๓๐	n/a	n/a	๒๖/๓๓ (๗๘.๗๘)
ตัวชี้วัด	ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี															
	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖													
- รพ.มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม) > ร้อยละ ๘๐	n/a	n/a														
- รพ.มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS) > ร้อยละ ๓๐	n/a	n/a	๒๖/๓๓ (๗๘.๗๘)													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง															
แหล่งข้อมูล	แผนรายรับ-รายจ่าย เงินบำรุง															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รายงานเฉพาะกิจ</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ จะส่ง link เป็น google form ให้หน่วยบริการกรอกข้อมูล - แผนเงินบำรุง : หน่วยบริการ ต้อง key ข้อมูล “แบบฟอร์มแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง” โดยกรอกข้อมูลทุกเดือน เป็นรายไตรมาส ครั้งที่ ๑ เดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๖ ครั้งที่ ๒ เดือน มกราคม - มีนาคม ๒๕๖๗ ครั้งที่ ๓ เดือน เมษายน - มิถุนายน ๒๕๖๗ ครั้งที่ ๔ เดือน กรกฎาคม - กันยายน ๒๕๖๗ 															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>๑. หน่วยบริการจัดทำแผนเงินบำรุง : ไม่มีสูตรคำนวณ</p> <p>๒. <u>ผลการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง *100</u> เงินบำรุงตามแผนปี ๒๕๖๗ ทั้งหมด</p> <p>๓. <u>ผลการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุงวงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS * 100</u> วงเงินลงทุน (เงินบำรุง) ทั้งหมด ปี ๒๕๖๗</p>															

เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	เกณฑ์ให้คะแนน					
	ตัวชี้วัด	รอบ ๑ / ๒๕๖๗ (ผลงาน ๖ เดือน)				
		รอบ ๒ / ๒๕๖๗ (ผลงาน ๙ เดือน)				
	๖๒.๑ หน่วยบริการ มีการจัดทำแผนเงินบำรุง	- ไม่มีแผนเงินบำรุง = ๐ - มีแผนเงินบำรุง = ๕	- ไม่มีแผนเงินบำรุง = ๐ - แผนเงินบำรุง (ปรับแผนครึ่งปี หลัง) และได้เสนอท่าน นพ. สสจ.นม ลงนามอนุมัติแผน เรียบร้อยแล้ว = ๕			
๖๒.๒ หน่วยบริการ มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (ภาพรวม)	- เบิกจ่าย \leq ร้อยละ ๙ = ๐ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๑๐ = ๑ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๒๐ = ๒ - เบิกจ่าย \leq ร้อยละ ๓๐ = ๓ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๔๐ = ๔ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๕๐ = ๕	- เบิกจ่าย \leq ร้อยละ ๔๕ = ๐ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๕๕ = ๑ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๖๕ = ๒ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๗๕ = ๓ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๘๕ = ๔ - เบิกจ่าย \geq ร้อยละ ๙๕ = ๕				
๖๒.๓ หน่วยบริการ มีการเบิกจ่ายตามแผนเงินบำรุง (วงเงินลงทุนตามนโยบาย EMS)	ไม่ประเมิน	- เบิกจ่าย \leq ร้อยละ ๑๐ = ๐ - เบิกจ่าย \leq ร้อยละ ๒๐ = ๓ - เบิกจ่าย \leq ร้อยละ ๓๐ = ๕				
มาตรการที่สำคัญ	<table border="1"> <thead> <tr> <th>จังหวัด</th> <th>อำเภอ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. ชี้แจงแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุง ๒. ติดตามกำกับแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ๓. รายงานผลการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบกับ แผนเงินบำรุง รายไตรมาส</td> <td>๑. ติดตามกำกับแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ๒. รายงานผลการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบกับ แผนเงินบำรุง รายไตรมาส</td> </tr> </tbody> </table>		จังหวัด	อำเภอ	๑. ชี้แจงแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุง ๒. ติดตามกำกับแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ๓. รายงานผลการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบกับ แผนเงินบำรุง รายไตรมาส	๑. ติดตามกำกับแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ๒. รายงานผลการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบกับ แผนเงินบำรุง รายไตรมาส
จังหวัด	อำเภอ					
๑. ชี้แจงแนวทางการจัดทำแผนเงินบำรุง ๒. ติดตามกำกับแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ๓. รายงานผลการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบกับ แผนเงินบำรุง รายไตรมาส	๑. ติดตามกำกับแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง ๒. รายงานผลการดำเนินงานเพื่อเปรียบเทียบกับ แผนเงินบำรุง รายไตรมาส					
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา					
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ E-mail	- งานงบประมาณ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โทรสาร : ๐-๔๔๔๖-๕๐๑๑-๔ (ต่อ ๓๑๐)					

ตัวชี้วัดที่ ๖๒	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘
	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒
<p>ความหมาย/คำนิยาม</p>	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดเปิดเผยมากขึ้น โปร่งใสมากขึ้น (More open, to more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงานกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสีย ผู้รับบริการประชาชน สามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด</p>			
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>๑. เพื่อให้ผลการประเมินสามารถสะท้อนสถานะของหน่วยงานในด้านคุณธรรมและความโปร่งใส ได้อย่างแท้จริงและเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม</p> <p>๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้บริหารราชการของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาคมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล โปร่งใสตรวจสอบได้</p> <p>๓. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติราชการในการนำมาตรการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึงครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p>			
<p>ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง</p>	<p>ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔ -ปี ๒๕๖๖) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีคะแนนคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐมีระดับคะแนนสูงมาก คือ ร้อยละ ๙๕.๔๕ , ร้อยละ ๙๒.๔๒ และ ร้อยละ ๙๖.๙๗ ตามลำดับ</p>			
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน ๖๖ หน่วยงาน จำแนกเป็น</p> <p>๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๑ หน่วยงาน</p> <p>๒.โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๔ แห่ง</p> <p>๓.โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๒๙ แห่ง</p> <p>๔.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๓๒ แห่ง</p>			

แหล่งข้อมูล	<p>๑.เว็บไซต์หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (ราชการบริหารส่วนภูมิภาค) จำนวน ๖๖ เว็บไซต์</p> <p>๒.แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)</p> <p>๓.ระบบ MITAS (MOPH integrity and Transparency Assessment System)</p> <p>๔.คู่มือการประเมิน MOPH ITA 2024</p> <p>๕.คู่มือผู้ตรวจการประเมิน MOPH ITA 2024</p>										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑.จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT)ในระบบ MITAS (MOPH integrity and Transparency Assessment System)ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน</p> <p>๒.คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ๔ ไตรมาส</p> <p>๒.๑ ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี)</p> <p>๒.๒ ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี)</p> <p>๒.๓ ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี)</p> <p>๒.๔ ไตรมาสที่ ๔ รอบ ๑๒ เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)</p>										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A=จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒</p> <p>B=จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA</p> $A \times 100 / B$										
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>หน่วยงานจำนวน ๖๖ หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data and Transparency Assessment :MOIT) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ ๑ ไตรมาสที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ และไตรมาสที่ ๔ ดังนี้</p> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)</p> <p>Small Success :ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ชื่อ MOIT1-MOIT 5</p> <p>ค่าเป้าหมายคือ ระดับ ๕ วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน ๕ ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="533 1733 1426 1946"> <thead> <tr> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑ ชื่อ (MOIT)</td> <td>๒ ชื่อ (MOIT)</td> <td>๓ ชื่อ (MOIT)</td> <td>๔ ชื่อ (MOIT)</td> <td>๕ ชื่อ (MOIT)</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๑ ชื่อ (MOIT)	๒ ชื่อ (MOIT)	๓ ชื่อ (MOIT)	๔ ชื่อ (MOIT)	๕ ชื่อ (MOIT)
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕							
๑ ชื่อ (MOIT)	๒ ชื่อ (MOIT)	๓ ชื่อ (MOIT)	๔ ชื่อ (MOIT)	๕ ชื่อ (MOIT)							

ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๑ ข้อ (ของ MOIT1-MOIT 5)
๒	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒ ข้อ (ของ MOIT1-MOIT 5)
๓	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน ๓ ข้อ (ของ MOIT1-MOIT 5)
๔	หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน ๔ ข้อ (ของ MOIT1-MOIT 5)
๕	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน ๕ ข้อ (ของ MOIT1-MOIT 5)

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๒ (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1-MOIT 22)

ค่าเป้าหมายคือระดับ ๓ ร้อยละ ๘๒

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
-	-	๘๒	๘๗	๙๒

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๓ (เมษายน-มิถุนายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1-MOIT 22)

ค่าเป้าหมายคือระดับ ๔ ร้อยละ ๘๗

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
-	-	๘๒	๘๗	๙๒

การประเมินรอบไตรมาสที่ ๔ (กรกฎาคม-กันยายน ของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (MOIT1-MOIT 22)

ค่าเป้าหมายคือระดับ ๕ ร้อยละ ๙๒

	<p>เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="584 293 1378 394"> <thead> <tr> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>๘๒</td> <td>๘๗</td> <td>๙๒</td> </tr> </tbody> </table> <p>*หมายเหตุ* ๑.การผ่านเกณฑ์การประเมินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตัดคะแนนรอบ ๙ เดือน (ไตรมาสที่ ๓) โดยต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๗</p> <p>คะแนนร้อยละ ๐ – ๖๙ ระดับ ๑ คะแนนร้อยละ ๗๐ – ๗๕ ระดับ ๒ คะแนนร้อยละ ๗๖ – ๘๑ ระดับ ๓ คะแนนร้อยละ ๘๒ – ๘๖ ระดับ ๔ คะแนนร้อยละ ๘๗ – ๑๐๐ ระดับ ๕</p> <p>๒.การผ่านเกณฑ์การประเมินของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตัดคะแนนรอบ ๑๒ เดือน (ไตรมาสที่ ๔) โดยต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒</p>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	-	-	๘๒	๘๗	๙๒
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕							
-	-	๘๒	๘๗	๙๒							
<p>กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>										
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>๑.นายจักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการพิเศษ ๒.นางสาวอมรลักษณ์ พิมพิวิชัย ตำแหน่ง นิติกรปฏิบัติการ ๓.นางสาวชญาภาณต์ เสือบุญ ตำแหน่ง นิติกร ๔.นางสาววิมลศิริ เห่งกระโทก ตำแหน่ง นิติกร ๕.นายชัยพฤกษ์ แก้วไว้ว ตำแหน่ง นิติกร ๖.นายฐาปกรณ์ สุขอร่าม ตำแหน่ง นิติกร ๗.นายพงศธร สธนเสาวภาคย์ ตำแหน่ง นิติกร</p> <p>โทรศัพท์ ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐ ต่อ ๔๑๗ E-Mail : lawssjkorat@gmail.com</p>										

<p>ตัวชี้วัดที่ ๖๓</p>	<p>ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕</p>	<p>ร้อยละ ๘๔</p>
<p>ความหมาย/ คำนิยาม</p>	<p>- หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง รพม. รพท. รพช. และ CUP ที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายถึง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด				
ผลงาน ๓ปี ย้อนหลัง	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา		
			๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	๘๖.๔๒
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย - โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (รพศ.) ๑ แห่ง - รพท. ๓ แห่ง - รพช. ๓๐ แห่ง - สสจ. ๑ แห่ง รวม ๓๕ แห่ง				
แหล่งข้อมูล	ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	A= จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมาที่ได้ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ หรือ ๔ คะแนนขึ้นไป B = จำนวนส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดนครราชสีมาที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงานผลการประเมินภายในระยะเวลาที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน
	๑	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงานโดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด			เท่ากับ ๑ คะแนน
	๒	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ ๑.หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายใน ระดับหน่วยงานของรัฐ(ปค.๑) ๒.รายงานการประเมินองค์ประกอบการควบคุมภายใน(ปค.๔) ทุกระดับ			เท่ากับ ๑ คะแนน

	<p>๓.รายงานการสอบทานการประเมินผลการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายใน(ปค.๖)</p> <p>โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกันและมีความครบถ้วนถูกต้อง</p>	
๓	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานทุกระดับได้อย่างครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ ๑ คะแนน
๔	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วน ถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ ๑ คะแนน
๕	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	เท่ากับ ๑ คะแนน
	มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/E-MAIL	นางสาวชนกพร ผลทรัพย์ เบอร์โทร๐๘๓-๒๔๒๔๕๓๒ E-MAIL nokampun@gmail.com	

ตัวชี้วัดที่ ๖๔	ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
ความหมาย/คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์การ ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการ ปี ๒๕๖๗ ดังนี้</p> <p>๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ คำถาม และทบทวนทุกปี</p> <p>๒. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) หมวด ๑ - ๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)</p> <p>๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการในหมวดที่โดดเด่น บังคับหมวด ๒ และเลือกหมวดที่พร้อมอีก ๑ หมวด</p> <p>๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญ และทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ ๑ แผน</p>

	<p>๕. ให้ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินงาน ตามหัวข้อ ๗.๑ - ๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ตัวชี้วัด</p> <p>๖. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเว็บไซต์ http://pmqa.moph.go.th ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๗. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดทำรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่น บังคับหมวด และเลือกหมวดที่พร้อมอีก ๑ หมวด</p> <p>๘. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการ นำเกณฑ์ PMQA มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กร อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>																				
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของจังหวัดนครราชสีมา ให้สอดคล้องกับ พระราชกฤษฎีกาว่า ด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖</p> <p>๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการ ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตาม ประเมินผลของจังหวัดนครราชสีมา</p>																				
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<p>ปี ๒๕๖๔ สสจ./สสอ. ผ่านระดับ ๕ (หมวด ๑ - ๖) สสจ. ร้อยละ ๑๐๐, สสอ. ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ปี ๒๕๖๕ สสจ./สสอ. ผ่านระดับ ๕ (หมวด ๑ - ๖) สสจ. ร้อยละ ๑๐๐, สสอ. ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>ปี ๒๕๖๖ สสจ./สสอ. ผ่านระดับ ๕ (หมวด ๑ - ๖) สสจ. ร้อยละ ๑๐๐, สสอ. ร้อยละ ๑๐๐</p>																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๓๒ แห่ง																				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รายงานผ่านเว็บไซต์ http://pmqa.moph.go.th																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์ http://pmqa.moph.go.th รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับคะแนนตามขั้นตอนการดำเนินงานที่กำหนด																				
เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																			
	๑	<p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม ๑) ครบถ้วน ได้แล้วเสร็จภายใน วันที่ ๑๐ ม.ค. ๒๕๖๗</p> <table border="1" data-bbox="667 1391 1453 1581"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๐.๒๐</td> <td>๐.๔๐</td> <td>๐.๖๐</td> <td>๐.๘๐</td> <td>๑.๐๐</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>๕ คำถาม</td> <td>๗ คำถาม</td> <td>๙ คำถาม</td> <td>๑๑ คำถาม</td> <td>๑๓ คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> <p>เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๒๐ คะแนน (interval)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๒๐	๐.๔๐	๐.๖๐	๐.๘๐	๑.๐๐	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม
เกณฑ์การให้คะแนน																					
๐.๒๐	๐.๔๐	๐.๖๐	๐.๘๐	๑.๐๐																	
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน																	
๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม																	
๒	<p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเมินองค์การ (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ (แบบฟอร์ม ๒) หมวด ๑ - ๖ ครบถ้วน</p> <table border="1" data-bbox="687 1715 1433 1861"> <thead> <tr> <th rowspan="2">OFI</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๐.๕๐ คะแนน</td> <td>๑.๐๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>หมวด ๑ - ๖</td> <td>ไม่ครบ ๖ หมวด</td> <td>ครบ ๖ หมวด</td> </tr> </tbody> </table> <p>ได้แล้วเสร็จ ภายในวันที่ ๑๐ ม.ค. ๒๕๖๗</p>	OFI	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๕๐ คะแนน	๑.๐๐ คะแนน	หมวด ๑ - ๖	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด												
OFI	เกณฑ์การให้คะแนน																				
	๐.๕๐ คะแนน	๑.๐๐ คะแนน																			
หมวด ๑ - ๖	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด																			

	<p>๓ - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำแผนพัฒนาองค์การหมวด ๑ - ๖ หมวดละ ๑ แผน (แบบฟอร์ม ๓) ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๐ ม.ค. ๒๕๖๗</p> <table border="1" data-bbox="699 302 1422 443"> <tr> <th rowspan="2">แผนพัฒนาองค์การ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <td>๐.๒๕ คะแนน</td> <td>๐.๕๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>หมวด ๑ - ๖</td> <td>ไม่ครบ ๖ หมวด</td> <td>ครบ ๖ หมวด</td> </tr> </table> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์ การดำเนินการ (แบบฟอร์ม๔) ครบถ้วนได้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๐ ม.ค.๒๕๖๗</p> <table border="1" data-bbox="699 539 1422 725"> <tr> <th rowspan="2">หมวด ๗</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <td>๐.๒๕ คะแนน</td> <td>๐.๕๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ - ๗.๖ (ครบ ๑๘ ข้อ)</td> <td>ไม่ครบ (๑๘ ข้อ)</td> <td>ครบ (๑๘ ข้อ)</td> </tr> </table> <p>๔ - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รายงานผลการดำเนินงาน ผ่านเว็บไซต์ http://pmqa.moph.go.th ได้ครบถ้วนภายในระยะเวลาที่กำหนด รอบ ๖ เดือน ภายใน ๔ เมษายน ๒๕๖๗ รอบ ๙ เดือน ภายใน ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน ภายใน ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗</p> <p>๕ - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ Best Practices (แบบฟอร์ม ๕) ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="689 1095 1431 1462"> <tr> <th rowspan="2">Best Practices</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <td>๐.๕๐ คะแนน</td> <td>๑.๐๐ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>๑. แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์ การดำเนินการ ๒. ตัวอย่างผลงานที่โดดเด่น ๓. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๔. สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</td> <td>ไม่ครบ ๔ ข้อ</td> <td>ครบ ๔ ข้อ</td> </tr> </table> <p>ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๗</p>	แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๒๕ คะแนน	๐.๕๐ คะแนน	หมวด ๑ - ๖	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด	หมวด ๗	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๒๕ คะแนน	๐.๕๐ คะแนน	ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ - ๗.๖ (ครบ ๑๘ ข้อ)	ไม่ครบ (๑๘ ข้อ)	ครบ (๑๘ ข้อ)	Best Practices	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๕๐ คะแนน	๑.๐๐ คะแนน	๑. แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์ การดำเนินการ ๒. ตัวอย่างผลงานที่โดดเด่น ๓. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๔. สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป	ไม่ครบ ๔ ข้อ	ครบ ๔ ข้อ
แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน																								
	๐.๒๕ คะแนน	๐.๕๐ คะแนน																							
หมวด ๑ - ๖	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด																							
หมวด ๗	เกณฑ์การให้คะแนน																								
	๐.๒๕ คะแนน	๐.๕๐ คะแนน																							
ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ - ๗.๖ (ครบ ๑๘ ข้อ)	ไม่ครบ (๑๘ ข้อ)	ครบ (๑๘ ข้อ)																							
Best Practices	เกณฑ์การให้คะแนน																								
	๐.๕๐ คะแนน	๑.๐๐ คะแนน																							
๑. แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์ การดำเนินการ ๒. ตัวอย่างผลงานที่โดดเด่น ๓. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๔. สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป	ไม่ครบ ๔ ข้อ	ครบ ๔ ข้อ																							
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p>																								
<p>ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/E-mail</p>	<p>๑. นายชุตติเดช เจียนดอน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘ - ๙๘๔๔ - ๘๓๐๗</p> <p>๒. นางสาวปนัดดา มหิตธานุภาพ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘ - ๐๔๖๒ - ๒๓๙๕ E-mail: strategyhealth.kr@gmail.com โทรสาร ๐ - ๔๔๔๖ - ๕๐๑๑ - ๔ (ต่อ ๓๑๐)</p>																								

ตัวชี้วัดที่ ๖๕	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓																														
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๖๖.๑. ร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓</p> <p>๖๖.๒ ร้อยละ ๑๐๐ โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓</p> <p>๖๖.๓ ร้อยละ ๙๐ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓</p>																														
ความหมาย/คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๔ แห่ง (รพ.มหหาราชา รพ.เทพรัตน์ รพ.ปากช่องนานา รพ.พิมาย) - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน ๑ แห่ง (รพ.จิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์) - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๓๐ แห่ง <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน(สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคย/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ ชั้น ๒ - HA ชั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 																														
วัตถุประสงค์	เพื่อให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓																														
ผลงาน ๓ ปีย้อนหลัง	<table border="1" data-bbox="432 1570 1394 1910"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">จำนวน</th> <th colspan="2">ปี ๒๕๖๔</th> <th colspan="2">ปี ๒๕๖๕</th> <th colspan="2">ปี ๒๕๖๖</th> </tr> <tr> <th>ผลงาน</th> <th>ร้อยละ</th> <th>ผลงาน</th> <th>ร้อยละ</th> <th>ผลงาน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ./รพท./ รพ.สังกัดกรม สุขภาพจิต</td> <td>๕ แห่ง</td> <td>๕ แห่ง</td> <td>๑๐๐</td> <td>๕ แห่ง</td> <td>๑๐๐</td> <td>๕ แห่ง</td> <td>๑๐๐</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>๓๐ แห่ง</td> <td>๒๖ แห่ง</td> <td>๙๐</td> <td>๒๗ แห่ง</td> <td>๙๐</td> <td>๒๘ แห่ง</td> <td>๙๓.๓๓</td> </tr> </tbody> </table> <p>* ปี ๒๕๖๖ เพิ่ม รพช. รพ.มกุฎศิรีวัน</p>		จำนวน	ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	รพศ./รพท./ รพ.สังกัดกรม สุขภาพจิต	๕ แห่ง	๕ แห่ง	๑๐๐	๕ แห่ง	๑๐๐	๕ แห่ง	๑๐๐	รพช.	๓๐ แห่ง	๒๖ แห่ง	๙๐	๒๗ แห่ง	๙๐	๒๘ แห่ง	๙๓.๓๓
	จำนวน			ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖																							
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ																								
รพศ./รพท./ รพ.สังกัดกรม สุขภาพจิต	๕ แห่ง	๕ แห่ง	๑๐๐	๕ แห่ง	๑๐๐	๕ แห่ง	๑๐๐																								
รพช.	๓๐ แห่ง	๒๖ แห่ง	๙๐	๒๗ แห่ง	๙๐	๒๘ แห่ง	๙๓.๓๓																								

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	-โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข -โรงพยาบาล สังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต														
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th														
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	https://www.ha.or.th/TH/Hospitals														
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$\frac{\text{รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป สังกัด สป. ที่ผ่านเกณฑ์ HA ชั้น ๓ X ๑๐๐}}{\text{รพ.ศูนย์ รพ.ทั่วไป ทั้งหมด}}$ $\frac{\text{รพ. สังกัด กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ที่ผ่านเกณฑ์ HA ชั้น ๓ X 100}}{\text{รพ. สังกัด กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต ทั้งหมด}}$ $\frac{\text{รพ.ชุมชน สังกัด สป. ที่ผ่านเกณฑ์ HA ชั้น ๓ X 100}}{\text{รพ.ชุมชน สังกัด สป. ทั้งหมด}}$														
เกณฑ์การให้ คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน ณ วันที่ ออกประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๕</td> <td>รพ.ผ่านการรับรองยังไม่หมดอายุ หากหมดอายุแล้วต้องส่งเอกสารก่อนหมดอายุอย่างน้อย เดือน ๖ *กรณีเป็นพื้นที่ระบาด หรือมีข้อจำกัดโดยไม่สามารถส่งเอกสารก่อนครบ ๖ เดือน หรือเยี่ยมตามกำหนด รพ.ต้องมีหนังสือขอส่งเอกสารเข้าสู่กระบวนการก่อนหมดได้ ๓ เดือน</td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>รพ. เคยผ่านการรับรองแต่หมดอายุแล้ว และส่งเอกสารไม่ทันก่อนหมดอายุ ๖ เดือน</td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>รพ.เคยผ่านการรับรองแต่หมดอายุแล้วและยังไม่ส่งเอกสารขอการรับรองซ้ำ</td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>ผ่านการรับรอง ชั้น ๒</td> </tr> <tr> <td>๑</td> <td>ผ่านการรับรอง ชั้น ๑</td> </tr> <tr> <td>๐</td> <td>รพ.ยังไม่ผ่านการรับรอง</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน ณ วันที่ ออกประเมิน	๕	รพ.ผ่านการรับรองยังไม่หมดอายุ หากหมดอายุแล้วต้องส่งเอกสารก่อนหมดอายุอย่างน้อย เดือน ๖ *กรณีเป็นพื้นที่ระบาด หรือมีข้อจำกัดโดยไม่สามารถส่งเอกสารก่อนครบ ๖ เดือน หรือเยี่ยมตามกำหนด รพ.ต้องมีหนังสือขอส่งเอกสารเข้าสู่กระบวนการก่อนหมดได้ ๓ เดือน	๔	รพ. เคยผ่านการรับรองแต่หมดอายุแล้ว และส่งเอกสารไม่ทันก่อนหมดอายุ ๖ เดือน	๓	รพ.เคยผ่านการรับรองแต่หมดอายุแล้วและยังไม่ส่งเอกสารขอการรับรองซ้ำ	๒	ผ่านการรับรอง ชั้น ๒	๑	ผ่านการรับรอง ชั้น ๑	๐	รพ.ยังไม่ผ่านการรับรอง
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน ณ วันที่ ออกประเมิน														
๕	รพ.ผ่านการรับรองยังไม่หมดอายุ หากหมดอายุแล้วต้องส่งเอกสารก่อนหมดอายุอย่างน้อย เดือน ๖ *กรณีเป็นพื้นที่ระบาด หรือมีข้อจำกัดโดยไม่สามารถส่งเอกสารก่อนครบ ๖ เดือน หรือเยี่ยมตามกำหนด รพ.ต้องมีหนังสือขอส่งเอกสารเข้าสู่กระบวนการก่อนหมดได้ ๓ เดือน														
๔	รพ. เคยผ่านการรับรองแต่หมดอายุแล้ว และส่งเอกสารไม่ทันก่อนหมดอายุ ๖ เดือน														
๓	รพ.เคยผ่านการรับรองแต่หมดอายุแล้วและยังไม่ส่งเอกสารขอการรับรองซ้ำ														
๒	ผ่านการรับรอง ชั้น ๒														
๑	ผ่านการรับรอง ชั้น ๑														
๐	รพ.ยังไม่ผ่านการรับรอง														
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ														
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ นายหาญ จินดา เบอร์โทรศัพท์ ๐๔๔-๔๖๕๐๑๐-๔ ต่อ ๑๑๐ มือถือ ๐๘๑-๙๗๗๔๔๓๐ Email: hacckorat@gmail.com														

ตัวชี้วัดที่ ๖๖	สถานบริการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑) ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>๑.๑) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๗๐</p> <p>๑.๒) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒) จำนวนสถานบริการต้นแบบ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) ระดับ รพศ. รพท. \geq ร้อยละ ๑๐</p>
ความหมาย/ค่านิยาม	<p>กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สป.กบรศ.) ดำเนินการตามมาตรการ Governance Excellence แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ สถานบริการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มี สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยีนวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดภาระงานของ ผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง ๓ ด้าน</p> <p>๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้ง ภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และ ลดผลกระทบต่อชุมชน</p> <p>๒. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ใน การบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่ม ความสะดวกสบายให้แก่ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ</p> <p>๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับ ด้วยความพึงพอใจ และความรู้สึกรักพิเศษ</p> <p>ปี๒๕๖๖ ติดตั้งระบบไฟฟ้าพลังงานแสงอาทิตย์ Solar loop ภายใน ก.ย.๒๕๖๖ สสอ.ได้งบประมาณระดับเขต กระทรวง</p> <p>ปี๒๕๖๗ เปลี่ยนหลอด LED ในหน่วยราชการ วางแผนใช้เงินบำรุง รพ. ปรับปรุงระบบไฟฟ้า รพ.สามารถ วางแผนใช้เงินค่าเสื่อม ปี ๒๕๖๗ ได้ แอร์ inverter ประหยัดพลังงาน</p> <p>ปี๒๕๖๘ รถ EV ในหน่วยงาน</p>

	เกณฑ์การให้คะแนน			
	ชั้น	ประเด็น	จำนวน	ข้อ
	ขั้นพื้นฐาน (The must) แบ่งเป็น ๓ ด้าน	๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)	๕	ข้อ
		๒. ความทันสมัย (Modernization)	๔	ข้อ
		๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)	๔	ข้อ
	รวม(ต้องผ่าน๗๐%)		๒๖	คะแนน
	ขั้นสูง (The best)	๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)	๕	ข้อ
๒. ความทันสมัย (Modernization)		๔	ข้อ	
๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)		๕	ข้อ	
รวม(ต้องผ่าน๘๐%)		๒๘	คะแนน	
<p>๑. ขั้นพื้นฐาน (The must) *ประเมินโดย สสจ.มีผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐ (ตั้งแต่ ๑๘ คะแนนขึ้นไป)</p> <p>๒. ขั้นสูง (The best) *ประเมินโดย สำนักงานเขตสุขภาพ</p> <p>๒.๑ ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐ (ตั้งแต่ ๑๘ คะแนนขึ้นไป) และ</p> <p>๒.๒. มีผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (The best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐ (ตั้งแต่ ๒๓ คะแนนขึ้นไป)</p>				
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็น มาตรฐานเดียวกัน			
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	<p>ปี ๒๕๖๕ รพ. ผ่าน ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๑๐๐, รพ.ผ่านขั้นสูง (The best) ๑ รพ.ท. ได้แก่ รพ.ปากช่องนานา, รพช. ได้แก่ รพ.วังน้ำเขียว</p> <p>ปี ๒๕๖๖ รพ. ผ่าน ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๑๐๐, รพ.ผ่านขั้นสูง (The best) ๑ รพ.ท. ได้แก่ รพ.เทพรัตนนครราชสีมา, รพช. ได้แก่ รพ.บ้านเหลื่อม รพ.สูงเนิน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สสจ.นครราชสีมา แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มระดับ รพศ./รพท จำนวน ๔ แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน ๒๙ แห่ง <p>เป้าหมาย ปี ๒๕๖๗</p> <p>ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๗๐ (๒๔ รพ.)</p> <p>ขั้นสูง (The best) ระดับ รพศ. รพท. ≥ ร้อยละ๑๐ (๑ รพ.)</p>			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สสจ.นครราชสีมา จำนวน ๓๓ แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สถานบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนากิจการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS			

	<p>๒. ทีมประเมิน กลุ่มงาน ยส. พบ. อวล. ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพเพื่อให้คำแนะนำและการรับรองตามเกณฑ์ การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS</p> <p>๓. ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส</p>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>๑.๑) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๖๐</p> <p>= จำนวน รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ที่ผ่านขั้นพื้นฐาน (The must) X ๑๐๐ จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด</p> <p>๑.๒) ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ร้อยละ ๖๐</p> <p>= จำนวน รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ที่ผ่านขั้นพื้นฐาน (The must) X ๑๐๐ จำนวน รพช. ทั้งหมด</p> <p>๒) จำนวนสถานบริการต้นแบบของเขตสุขภาพ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) จ. นครราชสีมา มี รพ.ผ่าน การประเมินขั้นสูง (The best) รพศ. รพท. \geq ร้อยละ ๑๐</p>				
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>สถานบริการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) (๕ คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ประเมินครั้ง ๑</th> <th>ประเมินครั้ง ๒</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. ส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน EMS ประเมินตนเองออนไลน์ ตามลิงค์ รอบที่ ๑ (ตค.-มีค.) บันทึกรประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๕ คะแนน ไม่บันทึกประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๐ คะแนน </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ EMS ผ่านขั้นพื้นฐาน (The must) ขึ้นไป ไม่ผ่าน ๐ คะแนน ผ่านระดับ The must ขึ้นไป ๕ คะแนน </td> </tr> </tbody> </table>	ประเมินครั้ง ๑	ประเมินครั้ง ๒	<input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. ส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน EMS ประเมินตนเองออนไลน์ ตามลิงค์ รอบที่ ๑ (ตค.-มีค.) บันทึกรประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๕ คะแนน ไม่บันทึกประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๐ คะแนน	<input checked="" type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ EMS ผ่านขั้นพื้นฐาน (The must) ขึ้นไป ไม่ผ่าน ๐ คะแนน ผ่านระดับ The must ขึ้นไป ๕ คะแนน
ประเมินครั้ง ๑	ประเมินครั้ง ๒				
<input type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. ส่งแบบรายงานผลการดำเนินงาน EMS ประเมินตนเองออนไลน์ ตามลิงค์ รอบที่ ๑ (ตค.-มีค.) บันทึกรประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๕ คะแนน ไม่บันทึกประเมินตนเองผ่านลิงค์ ๐ คะแนน	<input checked="" type="checkbox"/> รพศ.,รพท.,รพช. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ EMS ผ่านขั้นพื้นฐาน (The must) ขึ้นไป ไม่ผ่าน ๐ คะแนน ผ่านระดับ The must ขึ้นไป ๕ คะแนน				
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงาน ยส.พบ. อวล.				
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/e-mail	<p>๑. นายจตุรงค์ ปานใหม่ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ๐๘-๙๗๑๗-๕๒๘๗</p> <p>๒. นายชัยภัทร ธีรชาญไชย กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ๐๙-๗๓๕๓-๙๕๙๔</p> <p>๓. นางสุภัทรา กฤษเกล้า กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ๐๘-๑๘๗๙-๒๓๖๐</p>				

ตัวชี้วัดที่ ๖๗	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๓ - ๗
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๐
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>- หน่วยบริการ หมายถึง รพม. รพท. รพช. และ CUP ที่ไม่ใช่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring)</p> <p>โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน ประกอบด้วย</p> <p>๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio :CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ หาดด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</p> <p>๕. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย</p> <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง ๕ รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมิน ระดับ ๗ ดังนี้</p> <p>๑) Current Ratio < ๑.๕ = ๑ คะแนน</p> <p>๒) Quick Ratio < ๑.๐ = ๑ คะแนน</p> <p>๓) Cash Ratio < ๐.๘ = ๑ คะแนน</p> <p>๔) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = ๑ คะแนน</p> <p>๕) ผลประกอบการขาดทุน = ๑ คะแนน</p> <p>๖) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๓ เดือน = ๒ คะแนน</p> <p>๗) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๖ เดือน = ๑ คะแนน</p> <p>-วิธีการวัดหน่วยบริการ วัดการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <p>หลักเกณฑ์การวัดประสิทธิภาพทางการเงิน TPS (Total Performance Score) มีดังนี้</p> <p>๑. ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) (๑๐ คะแนน)</p> <p>๑.๑ การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบ ไม่เกิน ๕% (๒ คะแนน)</p> <p> ๑.๑.๑ มิติรายได้ (๑ คะแนน)</p> <p> ๑.๑.๒ มิติค่าใช้จ่าย (๑ คะแนน)</p> <p>๑.๒ การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (๓ คะแนน)</p> <p> ๑.๒.๑ ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้า&เวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่าย ≤ ๙๐ วัน หรือ ≤ ๑๘๐ วัน (๑ คะแนน)</p> <p> ๑.๒.๒ ระยะเวลาถ่วงเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิน UC ≤ ๖๐ วัน (๐.๕ คะแนน)</p>

๑.๒.๓ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิชำระราชการ ≤ 60 วัน (๐.๕ คะแนน)

๑.๒.๔ การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น
รพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน (๑ คะแนน)

๑.๓ การบริหารจัดการ (๕ คะแนน)

๑.๓.๑ การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย (๒ คะแนน)

๑.๓.๑.๑ Unit Cost for OP (๑ คะแนน)

๑.๓.๑.๒ Unit Cost for IP (๑ คะแนน)

๑.๓.๑.๓ LC ค่าแรงบุคลากร (๐.๕ คะแนน)

๑.๓.๑.๔ MC ค่ายา (๐.๕ คะแนน)

๑.๓.๑.๕ MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ (๐.๕ คะแนน)

๑.๓.๑.๖ MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์ (๐.๕ คะแนน)

๑.๓.๒ คะแนนตรวจสอบงบประมาณเบื้องต้น (๑ คะแนน)

๑.๓.๓ ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ (๒ คะแนน)

๑.๓.๓.๑ อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ 80 % (๑ คะแนน)

๑.๓.๓.๒ Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่มรพ.หรือเพิ่มขึ้น ๕% (๑ คะแนน)

๒. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน (๕ คะแนน)

๒.๑ ความสามารถในการทำกำไร (๓ คะแนน)

๒.๑.๑ ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin) (๑ คะแนน)

๒.๑.๒ อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) (๑ คะแนน)

๒.๑.๓ ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥ 0 (๑ คะแนน)

๒.๒ การวัดสภาพคล่องทางการเงิน(๒ คะแนน)

๒.๒.๑ ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥ 0 (๑ คะแนน)

๒.๒.๒ Cash Ratio ≥ 0.8 (๑ คะแนน)

Total Performance Score	Grade
> ๑๒ คะแนน	A ดีมาก
> ๑๐.๕ คะแนน แต่ < ๑๒ คะแนน	B ดี
> ๙ คะแนน แต่ < ๑๐.๕ คะแนน	C พอใช้
> ๗.๕ คะแนน แต่ < ๙ คะแนน	D ต้องปรับปรุง
< ๗.๕ คะแนน	F ไม่ผ่าน

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการ มีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ที่มีประสิทธิภาพ																	
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	ปี ๒๕๖๔ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๓-๗ ร้อยละ ๐ ปี ๒๕๖๕ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๓-๗ ร้อยละ ๐ ปี ๒๕๖๖ หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๓-๗ ร้อยละ ๐																	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย - รพม. ๑ แห่ง - รพท. ๓ แห่ง - รพช. ๓๐ แห่ง - CUP ที่ไม่ใช่ รพ. ๓ แห่ง รวม ๓๗ แห่ง																	
แหล่งข้อมูล	Website : https://hfo๖๕.moph.go.th/ และ https://planfin.moph.go.th/ ของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข - แผนทางการเงิน (PLANFIN) - รายงานงบการเงิน - สรุปรายงานการประชุม คทง.พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง - คำสั่ง คทง.พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากระบบรายงานงบการเงิน และรายงานการประชุม คทง.พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับจังหวัด = $\frac{\text{หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๓ - ๗} \times ๑๐๐}{\text{หน่วยบริการทั้งหมด}}$ ระดับ CUP = หน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์																	
เกณฑ์การให้ คะแนน(ใช้ในการ ประเมินผลการ ดำเนินงาน)	ประเมินรอบ ๑ : ใช้ข้อมูล ไตรมาส ๑ (ณ ๓๑ ธ.ค.๖๖) ประเมินรอบ ๒ : ใช้ข้อมูล ไตรมาส ๓ (ณ ๓๐ มี.ย.๖๗) <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยบริการมีการ บริหารจัดการด้าน การเงินการคลังมี ประสิทธิภาพตามเกณฑ์</th> <th colspan="5">ระดับคะแนน</th> </tr> <tr> <th>๕</th> <th>๔</th> <th>๓</th> <th>๒</th> <th>๑</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ความสำเร็จ</td> <td>Grade A</td> <td>Grade B</td> <td>Grade C</td> <td>Grade D</td> <td>Grade F</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยบริการมีการ บริหารจัดการด้าน การเงินการคลังมี ประสิทธิภาพตามเกณฑ์	ระดับคะแนน					๕	๔	๓	๒	๑	ความสำเร็จ	Grade A	Grade B	Grade C	Grade D	Grade F
หน่วยบริการมีการ บริหารจัดการด้าน การเงินการคลังมี ประสิทธิภาพตามเกณฑ์	ระดับคะแนน																	
	๕	๔	๓	๒	๑													
ความสำเร็จ	Grade A	Grade B	Grade C	Grade D	Grade F													
มาตรการที่สำคัญ/ แผนงาน/โครงการ	มาตรการที่สำคัญ ๑. การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ ๒. พัฒนาการบริหารระบบบัญชี ๓. พัฒนาเครือข่าย และศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ๔. ติดตามกำกับเครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน																	

	- TPS (Total Performance Score) แผนงาน/โครงการ โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทรศัพท์/E- mail	นางสุวรรณา ศรีนาค/ นางสุรางคณา สุภโกศล เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๒๑๒๗๓๖/ ๐๘๑-๐๖๓๑๒๗๙ E-mail:uckorat@gmail.com / E-mail:surangkana_mint@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๖๘	หน่วยบริการมีการบริหารระบบการจดทะเบียนรายได้คำรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ
	๖๘.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จดทะเบียนรายได้คุณภาพ 4S4C + On Site CSMBs ระดับ B ขึ้นไป
วัตถุประสงค์	หน่วยบริการมีการบริหารระบบการจดทะเบียนรายได้คำรักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐
ความหมาย/คำ นิยาม	หน่วยบริการ หมายถึง รพม. รพท. รพช. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีศูนย์จดทะเบียนรายได้คุณภาพ (4S4C + On Site) ดังนี้ ๑. มีโครงสร้างศูนย์จดทะเบียนรายได้ (Structure) ๒. ระบบงานจดทะเบียนในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จดทะเบียนรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะ ความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. ๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) ๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) ๖. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๕ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จดทะเบียนรายได้คุณภาพ (4S 4C) \geq ๘๑ คะแนน (ระดับB ขึ้นไป) ร้อยละ ๑๐๐ ปี ๒๕๖๖ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จดทะเบียนรายได้คุณภาพ (4S 4C) \geq ๘๑ คะแนน (ระดับB ขึ้นไป) ร้อยละ ๑๐๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพ.มหาราชนครราชสีมา , รพท. จำนวน ๓ แห่ง , รพช. จำนวน ๓๐ แห่ง รวม ๓๔ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	๑. จากการประเมินตนเองของหน่วยบริการ ๒. จากการประเมินไขว้ของหน่วยบริการในโซนเดียวกัน
วิธีจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ตามแนวทางในการประเมินระบบจดทะเบียนรายได้ คุณภาพ(4 S 4 C)

	๒. รายงานผลการประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง (On Site Survey)																												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ระดับจังหวัด :</p> $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C + On Site CSMBS)} \times 100}{\text{จำนวน รพม./รพท./รพช. ทั้งหมดในจังหวัด (๓๔ แห่ง)}}$ <p>ระดับหน่วยบริการ รพม./รพท./รพช. วัดจากเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C+On Site CSMBS)</p> <p>ผลการตรวจประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C + On Site CSMBS)</p> <table border="1" data-bbox="496 622 1474 999"> <thead> <tr> <th>GRADE</th> <th>ระดับ</th> <th>ช่วงคะแนน</th> <th>ผลการประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>ดีมาก</td> <td>๙๑ - ๑๐๐</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>ดี</td> <td>๘๑ - ๙๐</td> <td>๔</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>ปานกลาง</td> <td>๗๑ - ๘๐</td> <td>๓</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>พอใช้</td> <td>๖๑ - ๗๐</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>ควรปรับปรุง</td> <td>๕๑ - ๖๐</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๕๐</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน	A	ดีมาก	๙๑ - ๑๐๐	๕	B	ดี	๘๑ - ๙๐	๔	C	ปานกลาง	๗๑ - ๘๐	๓	D	พอใช้	๖๑ - ๗๐	๒	E	ควรปรับปรุง	๕๑ - ๖๐	๑	F	ไม่ผ่าน	น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๕๐	๐
GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน																										
A	ดีมาก	๙๑ - ๑๐๐	๕																										
B	ดี	๘๑ - ๙๐	๔																										
C	ปานกลาง	๗๑ - ๘๐	๓																										
D	พอใช้	๖๑ - ๗๐	๒																										
E	ควรปรับปรุง	๕๑ - ๖๐	๑																										
F	ไม่ผ่าน	น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๕๐	๐																										
เกณฑ์การให้คะแนน(ใช้ในการประเมินผลการทำงาน)	<p>ประเมินครั้งที่ ๑</p> <p>หน่วยบริการประเมินตนเองตามเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C + On Site) ใช้ข้อมูล ๓ เดือน (ต.ค.๖๖ - ธ.ค.๖๖)</p> <p>ประเมินครั้งที่ ๒</p> <p>หน่วยบริการประเมินไขว้ในโซนเดียวกัน ใช้ข้อมูล ๙ เดือน (ต.ค. ๖๖ - มิ.ย.๖๗)</p> <p>ระดับหน่วยบริการ รพม./รพท./รพช. วัดจากเกณฑ์ประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (4S4C + On Site CSMBS) (๕๐ ข้อ เท่ากับ ๑๐๐ คะแนน) ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="459 1440 1509 2078"> <thead> <tr> <th>แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">เกณฑ์การประเมิน</td> </tr> <tr> <td>๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล</td> <td></td> </tr> <tr> <td> ๑) ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td> ๒) เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td> ๓) ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>๑.๒ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>๑.๓ มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ</td> <td></td> </tr> <tr> <td> ๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td> ๒) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ</td> <td>๒</td> </tr> </tbody> </table>	แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนน	เกณฑ์การประเมิน		๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)		๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล		๑) ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	๒	๒) เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	๒	๓) ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	๒	๑.๒ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	๒	๑.๓ มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ		๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒	๒) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒						
แนวทางในการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ(4 S 4 C)	คะแนน																												
เกณฑ์การประเมิน																													
๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)																													
๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล																													
๑) ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	๒																												
๒) เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	๒																												
๓) ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	๒																												
๑.๒ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	๒																												
๑.๓ มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ																													
๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒																												
๒) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒																												

	๓) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim) ๔) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim) ๕) มีการบันทึกหลักฐานนี้เป็นปัจจุบัน ๑.๔ คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้คำรักษาพยาบาล ทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ	๒ ๒ ๒ ๒
	รวม	๒๐
	๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) ๒.๑ มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart ๒.๒ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ ๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละ สิทธิ ๒) การบันทึกหลักฐานจากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและ ผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ ๓) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim) ๔) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim) ๕) มีการบันทึกหลักฐานนี้เป็นปัจจุบัน ๒.๓ มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้ (โปรแกรมชื่อ Software ที่ใช้) ๒.๔ มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน ๑) UC < ๖๐ วัน ๒) ขรก. < ๖๐ วัน ๓) ปกส. < ๑๒๐ วัน *ผลงาน ๗ plus efficiency ไตรมาสที่ผ่านมา (ล่าสุด)	๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒ ๒
	รวม	๒๐
	๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะ ความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. ๓.๑ มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและ ผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ ๓.๒ มีบุคลากรที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตามFlowchartไม่น้อยกว่า ๕ คน ใน รพช. ๑๐ คน ใน รพท. และ ๑๕ คน ใน รพศ. โปรแกรม จำนวนบุคลากร ๓.๓ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับคำตอบตามสิทธิ ๓.๔ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ ๓.๕	๒ ๒ ๒ ๒
	รวม	๘

	<p>๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</p> <p>๔.๑ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล</p> <p>๔.๒ ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน</p> <p>๔.๓ ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน</p> <p>๔.๔ การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป</p>	<p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p>
	รวม	๘
	<p>๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</p> <p>๕.๑ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล</p> <p>๕.๒ มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</p> <p>๕.๓ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน</p> <p>๕.๔ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑ คน ต่อ ๑ ครั้งต่อ ๑ ปี</p>	<p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p>
	รวม	๘
	<p>๖. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน</p> <p>๖.๑ มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย</p> <p>๖.๒ การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุน สปสช.</p> <p>๖.๓ การบริหารจัดการข้อมูลติด Deny ของกองทุน สปสช.</p> <p>๖.๔ ไม่ได้รับการหัก ๕ % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า</p>	<p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p>
	รวม	๘
	รวม 4S4C	๓๒
	<p>การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</p>	
	<p>๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)</p> <p>๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)</p> <p> ๑) มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ</p> <p> ๒) มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล</p> <p> ๓) มีผลรวมของลูกหนี้สิทธิในทุกเดือน</p>	<p>๒</p> <p>๒</p> <p>๒</p>
	รวม	๖

	๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	
	๒.๑ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ	
	๑) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก	๒
	๒) มีการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอกในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยใน ครบถ้วน	๒
	๓) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	๒
	๔) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน *ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	๒
	รวม	๘
	๓. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	
	๓.๑ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	๒
	๓.๒ ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน	๒
	๓.๓ ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๒
	๓.๔ การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป	๒
	รวม	๘
	๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	
	๔.๑ มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	๒
	๔.๒ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน	๒
	รวม	๔
	๕. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	
	๕.๑ มีการทบทวนและแก้ไขข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติการเบิกจ่าย ภายใน ๕ วันทำการ	๒
	รวม	๒
	รวม สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)	๒๘
	รวมคะแนนทั้งสิ้น	๑๐๐
	๖๘.๒ ร้อยละหน่วยบริการมีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 3 C ระดับดีมาก	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการ มีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ	
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	
ความหมาย/คำนิยาม	หน่วยบริการ หมายถึง รพม. รพท. รพช. รพ.สต. ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้ ๑. ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง ครบถ้วน ถูกต้อง (Account) ๒. คุณภาพข้อมูลการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล กองทุนต่าง ๆ ถูกต้อง (Complete Data)	

	๓. การเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล กองทุนต่าง ๆ ทันเวลา (Claim)																												
ผลงาน ๓ ปี ย้อนหลัง	ปี ๒๕๖๔ - ปี ๒๕๖๕ - ปี ๒๕๖๖ หน่วยบริการมีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ ๗๘.๗๙																												
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพ.มหาราชนครราชสีมา , รพท. จำนวน ๓ แห่ง , รพช. จำนวน ๓๐ แห่ง รวม ๓๔ แห่ง และรพ.สต. ๑๖๖ แห่ง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																												
แหล่งข้อมูล	๑. ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของหน่วยบริการ ๒. รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ที่ผ่านตามเงื่อนไข (ไม่ติด C / Deny หรือได้รับการแก้ไขแล้ว) กองทุนต่าง ๆ ของหน่วยบริการ ๓. รายงานการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล กองทุนต่าง ๆ ของหน่วยบริการ (ภายใน ๓๐ วัน หลังสิ้นสุดการรักษา กรณีผู้ป่วยนอก/จำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน)																												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงานทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง ของหน่วยบริการ ๒. รายงานผลการตรวจสอบข้อมูลการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาล ที่ผ่านตามเงื่อนไข (ไม่ติด C / Deny หรือได้รับการแก้ไขแล้ว) กองทุนต่าง ๆ ของหน่วยบริการ ๓. รายงานการส่งข้อมูลเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล กองทุนต่าง ๆ ของหน่วยบริการ (ภายใน ๓๐ วัน หลังสิ้นสุดการรักษา กรณีผู้ป่วยนอก/จำหน่าย กรณีผู้ป่วยใน)																												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับจังหวัด : $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการมีการบริหารระบบการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ} \times 100}{\text{จำนวน รพม./รพท./รพช. ทั้งหมดในจังหวัด (๓๔ แห่ง)}}$ ระดับหน่วยบริการ รพม. รพท. รพช. วัดจากเกณฑ์ประสิทธิภาพที่กำหนด ผลตรวจประเมินการบริหารระบบจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ <table border="1" data-bbox="534 1473 1433 1850"> <thead> <tr> <th>GRADE</th> <th>ระดับ</th> <th>ช่วงคะแนน</th> <th>ผลการประเมิน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>ดีมาก</td> <td>มากกว่า ๘๐</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>ดี</td> <td>๗๖ - ๘๐</td> <td>๔</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>ปานกลาง</td> <td>๗๑ - ๗๕</td> <td>๓</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>พอใช้</td> <td>๖๖ - ๗๐</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>ปรับปรุง</td> <td>๖๐ - ๖๕</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>น้อยกว่า ๖๐</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน	A	ดีมาก	มากกว่า ๘๐	๕	B	ดี	๗๖ - ๘๐	๔	C	ปานกลาง	๗๑ - ๗๕	๓	D	พอใช้	๖๖ - ๗๐	๒	E	ปรับปรุง	๖๐ - ๖๕	๑	F	ไม่ผ่าน	น้อยกว่า ๖๐	๐
GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน	ผลการประเมิน																										
A	ดีมาก	มากกว่า ๘๐	๕																										
B	ดี	๗๖ - ๘๐	๔																										
C	ปานกลาง	๗๑ - ๗๕	๓																										
D	พอใช้	๖๖ - ๗๐	๒																										
E	ปรับปรุง	๖๐ - ๖๕	๑																										
F	ไม่ผ่าน	น้อยกว่า ๖๐	๐																										

<p>เกณฑ์การให้คะแนน(ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)</p>	<p>ประเมินครั้งที่ ๑ ใช้ข้อมูลเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง เดือนธันวาคม ๒๕๖๖ (๓ เดือน)</p> <p>ประเมินครั้งที่ ๒ ใช้ข้อมูลเดือนตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง เดือนมิถุนายน ๒๕๖๗ (๙ เดือน)</p> <p>๑. ระดับหน่วยบริการ รพม. รพท. รพช. วัดจากเกณฑ์ประสิทธิภาพที่กำหนด (๖ ข้อ เท่ากับ ๑๐๐ คะแนน) ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="456 405 1489 2042"> <thead> <tr> <th data-bbox="456 405 1374 465">เกณฑ์การประเมิน</th> <th data-bbox="1374 405 1489 465">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="456 465 1374 526">๑. ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง (Account)</td> <td data-bbox="1374 465 1489 526"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 526 1374 586">๑.๑ มีและใช้โปรแกรมระบบบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 526 1489 586">๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 586 1374 647">- มีและใช้ โปรแกรม ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วน</td> <td data-bbox="1374 586 1489 647">๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 647 1374 707">- มีและใช้โปรแกรม ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ไม่ครบถ้วน</td> <td data-bbox="1374 647 1489 707"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 707 1374 768">๑.๒ จัดทำทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชี ฯ ครบถ้วน</td> <td data-bbox="1374 707 1489 768"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 768 1374 828">(ประเมินจากข้อมูล ๑๖ แฟ้ม เทียบกับบัญชีเกณฑ์คงค้างและทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาฯ โดยจัดส่งมายัง จังหวัด)</td> <td data-bbox="1374 768 1489 828"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 828 1374 889">- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐</td> <td data-bbox="1374 828 1489 889">๑๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 889 1374 949">- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙</td> <td data-bbox="1374 889 1489 949">๑๓</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 949 1374 1010">- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙</td> <td data-bbox="1374 949 1489 1010">๑๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1010 1374 1070">- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1010 1489 1070">๙</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1070 1374 1131">- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1070 1489 1131">๗</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1131 1374 1191">- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๙.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1131 1489 1191">๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1191 1374 1252">๑.๓ ข้อมูลรายบุคคล ในทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วน</td> <td data-bbox="1374 1191 1489 1252"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1252 1374 1312">ประเมินด้วยการสุ่มตรวจ ๕ บัญชีลูกหนี้ กับข้อมูล HIS ครบถ้วน</td> <td data-bbox="1374 1252 1489 1312"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1312 1374 1373">- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐</td> <td data-bbox="1374 1312 1489 1373">๑๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1373 1374 1433">- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1373 1489 1433">๑๓</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1433 1374 1494">- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1433 1489 1494">๑๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1494 1374 1554">- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1494 1489 1554">๙</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1554 1374 1615">- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1554 1489 1615">๗</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1615 1374 1675">- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๙.๙๙</td> <td data-bbox="1374 1615 1489 1675">๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1675 1374 1736">รวม</td> <td data-bbox="1374 1675 1489 1736">๓๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1736 1374 1796">๒. คุณภาพข้อมูลการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล (Complete Data)</td> <td data-bbox="1374 1736 1489 1796"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1796 1374 1856">ข้อมูลการส่งเบิกมีความถูกต้อง ผ่านเกณฑ์ หากติด C ได้รับการแก้ไขแล้ว</td> <td data-bbox="1374 1796 1489 1856"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1856 1374 1917">(ไม่นับรวม Deny) จากการเบิกกองทุนต่างๆ ผ่าน ระบบ E Claim สปสช</td> <td data-bbox="1374 1856 1489 1917"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1917 1374 1977">ประเมินจากรายงาน MIS ของ สปสช ข้อมูลทั้งหมด ทุกกองทุน</td> <td data-bbox="1374 1917 1489 1977"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 1977 1374 2038">- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐</td> <td data-bbox="1374 1977 1489 2038">๒๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 2038 1374 2098">- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙</td> <td data-bbox="1374 2038 1489 2098">๒๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 2098 1374 2159">- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙</td> <td data-bbox="1374 2098 1489 2159">๑๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 2159 1374 2219">- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙</td> <td data-bbox="1374 2159 1489 2219">๑๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="456 2219 1374 2240">- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙</td> <td data-bbox="1374 2219 1489 2240">๕</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑. ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง (Account)		๑.๑ มีและใช้โปรแกรมระบบบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๕	- มีและใช้ โปรแกรม ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วน	๐	- มีและใช้โปรแกรม ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ไม่ครบถ้วน		๑.๒ จัดทำทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชี ฯ ครบถ้วน		(ประเมินจากข้อมูล ๑๖ แฟ้ม เทียบกับบัญชีเกณฑ์คงค้างและทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาฯ โดยจัดส่งมายัง จังหวัด)		- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐	๑๕	- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙	๑๓	- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙	๑๑	- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙	๙	- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙	๗	- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๙.๙๙	๐	๑.๓ ข้อมูลรายบุคคล ในทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วน		ประเมินด้วยการสุ่มตรวจ ๕ บัญชีลูกหนี้ กับข้อมูล HIS ครบถ้วน		- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐	๑๕	- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙	๑๓	- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙	๑๑	- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙	๙	- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙	๗	- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๙.๙๙	๐	รวม	๓๕	๒. คุณภาพข้อมูลการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล (Complete Data)		ข้อมูลการส่งเบิกมีความถูกต้อง ผ่านเกณฑ์ หากติด C ได้รับการแก้ไขแล้ว		(ไม่นับรวม Deny) จากการเบิกกองทุนต่างๆ ผ่าน ระบบ E Claim สปสช		ประเมินจากรายงาน MIS ของ สปสช ข้อมูลทั้งหมด ทุกกองทุน		- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐	๒๕	- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙	๒๐	- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙	๑๕	- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙	๑๐	- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙	๕
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																																														
๑. ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชีเกณฑ์คงค้าง (Account)																																																															
๑.๑ มีและใช้โปรแกรมระบบบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๕																																																														
- มีและใช้ โปรแกรม ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วน	๐																																																														
- มีและใช้โปรแกรม ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ไม่ครบถ้วน																																																															
๑.๒ จัดทำทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ตามผังบัญชี ฯ ครบถ้วน																																																															
(ประเมินจากข้อมูล ๑๖ แฟ้ม เทียบกับบัญชีเกณฑ์คงค้างและทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาฯ โดยจัดส่งมายัง จังหวัด)																																																															
- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐	๑๕																																																														
- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙	๑๓																																																														
- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙	๑๑																																																														
- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙	๙																																																														
- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙	๗																																																														
- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๙.๙๙	๐																																																														
๑.๓ ข้อมูลรายบุคคล ในทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วน																																																															
ประเมินด้วยการสุ่มตรวจ ๕ บัญชีลูกหนี้ กับข้อมูล HIS ครบถ้วน																																																															
- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐	๑๕																																																														
- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙	๑๓																																																														
- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙	๑๑																																																														
- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙	๙																																																														
- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙	๗																																																														
- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๙.๙๙	๐																																																														
รวม	๓๕																																																														
๒. คุณภาพข้อมูลการเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล (Complete Data)																																																															
ข้อมูลการส่งเบิกมีความถูกต้อง ผ่านเกณฑ์ หากติด C ได้รับการแก้ไขแล้ว																																																															
(ไม่นับรวม Deny) จากการเบิกกองทุนต่างๆ ผ่าน ระบบ E Claim สปสช																																																															
ประเมินจากรายงาน MIS ของ สปสช ข้อมูลทั้งหมด ทุกกองทุน																																																															
- ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐	๒๕																																																														
- ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙	๒๐																																																														
- ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙	๑๕																																																														
- ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙	๑๐																																																														
- ร้อยละ ๙๐.๐๐ - ๙๑.๙๙	๕																																																														

	<p>- น้อยกว่า ร้อยละ ๘๘.๙๙</p>	<p>๐</p>
<p>รวม</p>	<p>๒๕</p>	
<p>๓. การเบิกชดเชยค่ารักษาพยาบาล กองทุนต่างๆ ทั้้นเวลา (Claim) มีระยะเวลาในการส่งข้อมูลเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ตามทะเบียนลูกหนี้ ค่ารักษาพยาบาลผ่านเงื่อนไขจ่าย ไม่เกิน ๓๐ วัน นับจากวันที่ให้บริการOPและ วันจำหน่าย IP ถึงวันที่ส่ง (Date Sent)จากการเบิกกองทุนต่างๆ ตามระบบ E-Claim สปสช ประเมินจากรายงาน MIS ของสปสช ข้อมูลทั้งหมด ทุกกองทุน</p> <p>๓.๑ ผู้ป่วยนอก (OPD) ส่งภายใน ๓๐ วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐ - ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙ - ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙ - ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙ - น้อยกว่าร้อยละ ๙๒.๐๐ <p>๓.๒ ผู้ป่วยในอก (IPD) ส่งภายใน ๓๐ วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๙๘.๐๐ - ๑๐๐.๐๐ - ร้อยละ ๙๖.๐๐ - ๙๗.๙๙ - ร้อยละ ๙๔.๐๐ - ๙๕.๙๙ - ร้อยละ ๙๒.๐๐ - ๙๓.๙๙ - น้อยกว่าร้อยละ ๙๒.๐๐ 	<p>๒๐</p> <p>๑๕</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๐</p> <p>๒๐</p> <p>๑๕</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๐</p>	
<p>รวม</p>	<p>๔๐</p>	
<p>๒. ระดับเครือข่ายหน่วยบริการ สสอ./รพ.สต./ศพช./CUP spit วัดจากเกณฑ์ ประสิทธิภาพที่กำหนด ดังนี้</p> <p>มีผลงานและการบันทึกข้อมูลบัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในบัญชีเกณฑ์คงค้างของลูกข่าย (ที่ไม่ใช่การชำระเงินสด) เป็นรายหน่วยบริการ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP UC CR ๒. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP ประกันสังคม ๓ แม่ข่าย ๓. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP ทัศนกรรมประกันสังคม ๙๐๐ บาท/ปี ๔. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP UC anywhere ๕. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP UC AE ต่างจังหวัด ๖. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP อปท. ๗. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล PP Fee Schedule ๘. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ๙. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP ประกันตนคนพิการ ๑๐. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP จ่ายตรงกรมบัญชีกลาง 		

	<p>๑๑. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP ประกันสังคมภาระเสี่ยงโรคเรื้อรัง</p> <p>๑๒. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ</p> <p>๑๓. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP ผู้ด้อยโอกาส</p> <p>๑๔. ลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล OP แรงงานต่างด้าว กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินในจังหวัด</p> <p>๑๕. บัญชีอื่น ๆ</p> <table border="1" data-bbox="459 456 1489 1010"> <thead> <tr> <th data-bbox="459 456 1374 521">เกณฑ์การประเมิน</th> <th data-bbox="1374 456 1489 521">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="459 521 1374 586">บันทึกลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในบัญชีเกณฑ์คงค้างของลูกข่าย</td> <td data-bbox="1374 521 1489 586"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 586 1374 651">๑. มีการเบิกค่ารักษาฯ มากกว่า ๖ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 586 1489 651">๕</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 651 1374 716">๒. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๖ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 651 1489 716">๔</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 716 1374 781">๓. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๕ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 716 1489 781">๓</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 781 1374 846">๔. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๔ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 781 1489 846">๒</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 846 1374 911">๕. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๓ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 846 1489 911">๑</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 911 1374 976">๖. มีการเบิกค่ารักษาฯ น้อยกว่า ๓ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล</td> <td data-bbox="1374 911 1489 976">๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="459 976 1374 1010">รวม</td> <td data-bbox="1374 976 1489 1010">๕</td> </tr> </tbody> </table> <p>ประเมินผลเป็นภาพรวมเฉลี่ย ทุกหน่วยบริการภายในเครือข่าย คะแนนเต็ม ๕ คะแนน = ผลรวมของคะแนนการประเมินของทุกหน่วยบริการ (รพ.สต.) ในเครือข่ายเดียวกัน จำนวนหน่วยบริการ(รพ.สต.) ทั้งหมด ในเครือข่ายเดียวกัน</p>	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	บันทึกลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในบัญชีเกณฑ์คงค้างของลูกข่าย		๑. มีการเบิกค่ารักษาฯ มากกว่า ๖ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๕	๒. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๖ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๔	๓. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๕ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๓	๔. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๔ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๒	๕. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๓ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๑	๖. มีการเบิกค่ารักษาฯ น้อยกว่า ๓ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๐	รวม	๕
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																		
บันทึกลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาลในบัญชีเกณฑ์คงค้างของลูกข่าย																			
๑. มีการเบิกค่ารักษาฯ มากกว่า ๖ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๕																		
๒. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๖ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๔																		
๓. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๕ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๓																		
๔. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๔ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๒																		
๕. มีการเบิกค่ารักษาฯ ๓ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๑																		
๖. มีการเบิกค่ารักษาฯ น้อยกว่า ๓ บัญชีลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล	๐																		
รวม	๕																		
<p>มาตรการที่สำคัญ</p>	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>๑. เพิ่มศักยภาพ(ความรู้และทักษะ) ของผู้รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ งานเรียกเก็บชดเชยค่ารักษาฯ งานบัญชี งาน IT ของหน่วยบริการ</p> <p>๒. เพิ่มศักยภาพศูนย์จัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล ของหน่วยบริการ</p> <p>๓. ปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมบริหารจัดการลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล สำหรับหน่วยบริการ</p> <p>๔. พัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของหน่วยบริการ</p> <p>ระดับอำเภอ</p> <p>๑. พัฒนาปรับปรุงความถูกต้องของฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย และทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาฯ</p> <p>๒. พัฒนาคุณภาพเวชระเบียนของหน่วยบริการ ในระดับอำเภอ</p> <p>๓. พัฒนาประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการ ฯ ตามเกณฑ์ประเมินที่กำหนด</p> <p>ระดับตำบล</p> <p>๑. พัฒนาปรับปรุงความถูกต้องของฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยและ ทะเบียนลูกหนี้ค่ารักษาฯ</p> <p>๒. พัฒนาประสิทธิภาพการเบิกชดเชยค่าบริการ ฯ ตามเกณฑ์ประเมินที่กำหนด</p>																		
<p>กลุ่มงานที่รับผิดชอบ</p>	<p>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</p>																		
<p>ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/e-mail</p>	<p>นายเชษฐชัยวัฒน์ สิริจามร มือถือ ๐๘๒ - ๖๒๖๑๙๕๒ e-mail : uckorat@gmail.com</p>																		

ตัวชี้วัดที่ ๖๙	จำนวนงานวิจัย หรือนวัตกรรม หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนาต่อยอด ในหน่วยงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ. วิจัย ๑ เรื่อง หรือ นวัตกรรม ๒ เรื่อง สสอ./รพ.สต. PMQA ๑ เรื่อง หรือ วิจัย ๑ เรื่อง หรือนวัตกรรม ๒ เรื่อง
ความหมาย/คำ นิยาม	๑. การพัฒนางานด้วยกระบวนการวิจัย หมายถึง การออกแบบกระบวนการอย่างเป็นระบบ ด้วยรูปแบบทางวิทยาศาสตร์อย่างเคร่งครัด เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาในงานที่ตนเองรับผิดชอบ ๒. การคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมายถึง การคิด ประดิษฐ์ สร้างสรรค์สิ่ง ใหม่ที่น่ามาใช้ในการแก้ไขปัญหาทาง ทั้งในเชิงสิ่งประดิษฐ์ใหม่ เชิงกระบวนการใหม่ แนวทาง ใหม่ เชิงวิธีการใหม่ หรืออื่นๆ ๓. การพัฒนางานด้วยรูปแบบการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การคิด วิเคราะห์ วางแผน ออกแบบ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานเพื่อให้ผลลัพธ์เกิดประสิทธิภาพและ ประสิทธิผล
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้หน่วยงานได้พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับ และพัฒนาศักยภาพทีมประเมิน PMQA จังหวัดนครราชสีมา ๒. เพื่อให้หน่วยงานได้พัฒนาคุณภาพงานจากการทำวิจัย, นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีด้าน สุขภาพ, และนวัตกรรมที่เกิดจากการบริหารจัดการภาครัฐ ๓. เพื่อให้หน่วยงานได้เผยแพร่งานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการทำวิจัย, นวัตกรรมหรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ, และนวัตกรรมที่เกิดจากการบริหารจัดการภาครัฐ
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	๑. ผลงานวิจัย ปี ๒๕๖๓ = ๔๖ ผลงาน, ปี ๒๕๖๔ = ๕๔ ผลงาน, ปี ๒๕๖๕ = ๕๙ ผลงาน, ปี ๒๕๖๖ = ๙๖ ผลงาน ๒. ผลงาน PMQA ปี ๒๕๖๔ = ๖๔ ผลงาน, ปี ๒๕๖๕ = ๑๕ ผลงาน, ปี ๒๕๖๖ = ๑๓ ผลงาน ๒. ผลงานนวัตกรรม ปี ๒๕๖๓ = ๗๔ ผลงาน, ปี ๒๕๖๔ = ๗๘ ผลงาน, ปี ๒๕๖๕ = ๘๓ ผลงาน, ปี ๒๕๖๖ = ๕๙ ผลงาน
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานและบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ โรงพยาบาล ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แหล่งข้อมูล	๑. งานวิจัยและนวัตกรรม ประเมินผลงานจากการส่งผลงานปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ เข้าร่วม นำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัด (รอบที่ ๑) ระดับเขตสุขภาพที่ ๙ (รอบที่ ๒) และ ระดับประเทศหรือกระทรวงสาธารณสุข (รอบที่ ๑) ๒. งาน Best Practice ของ PMQA (รายละเอียดดูตัวชี้วัดที่ ๖๖)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. งานวิจัยและนวัตกรรม ประเมินผลงานจากการส่งผลงานปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ เข้าร่วม นำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัด (รอบที่ ๑) ระดับเขตสุขภาพที่ ๙ (รอบที่ ๒) และ ระดับประเทศหรือกระทรวงสาธารณสุข (รอบที่ ๒) ๒. งาน Best Practice ของ PMQA (รายละเอียดดูตัวชี้วัดที่ ๖๖)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. รพ.: วิจัย ๑ เรื่อง หรือ นวัตกรรม/เรื่องเล่า ๒ เรื่อง ๒. สสอ./รพ.สต.: PMQA ๑ เรื่อง หรือ วิจัย ๑ เรื่อง หรือนวัตกรรม/เรื่องเล่า ๒ เรื่อง

เกณฑ์การให้คะแนน (ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน)	ให้นำหนักค่าคะแนนผลงาน ดังนี้ ๑. งานวิจัย เท่ากับ ๑ คะแนน ต่อ ๑ ผลงาน ๒. งานนวัตกรรม เท่ากับ ๐.๕ คะแนน ต่อ ๑ ผลงาน ๓. งาน Best Practice ของ PMQA เท่ากับ ๑ คะแนน ต่อ ๑ ผลงาน	
มาตรการที่สำคัญ	จังหวัด	อำเภอ
	๑. จัดเวทีนำเสนอวิชาการระดับจังหวัดให้บุคลากรในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. เป็นหน่วยรับรองจริยธรรมวิจัย / ตีพิมพ์วารสารงานวิจัย	๑. CUP พัฒนาศักยภาพนักวิจัยและพี่เลี้ยงนักวิจัยของตนเองอย่างต่อเนื่อง ๒. ส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรเข้าร่วมนำเสนอผลงานวิชาการระดับจังหวัด
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ E-mail	๑. นายอัครเดช วงศ์ศิริกุล โทร. ๐๘ ๙๘๘๔๕ ๕๐๘๘ ๒. นายกันตภณ แก้วสง่า โทร. ๐๘ ๑๒๖๖ ๑๒๐๓	

ตัวชี้วัดที่ ๗๐	ร้อยละการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐
ความหมาย/คำนิยาม	ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่จะพัฒนาสาธารณสุขส่วนภูมิภาคในระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ขึ้นเพื่อให้องค์กรดังกล่าวดำเนินการเกี่ยวกับการประสานการปฏิบัติงานสาธารณสุขระดับอำเภอ รวมทั้งติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน แต่ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการปฏิรูประบบสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีเป้าหมายคือการสร้างหลักประกัน ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น และประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ ดังนั้นเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องจัดระบบบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงผสมผสาน ทั้งในชุมชนและสถานบริการทุกระดับ
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อกำหนดแนวทางการทำงาน และพัฒนางานด้านสุขภาพ ประสานการดำเนินงานควบคุมกำกับประเมินผลงานระดับพื้นที่ ๒. เพื่อกำหนดแนวทางในการปรับปรุง พัฒนา ออกแบบการประสานงานระดับพื้นที่ในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดการทำงานที่มีคุณภาพ
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ๓๒ อำเภอ
แหล่งข้อมูล	สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ๓๒ อำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานรายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ๓๒ อำเภอ นำส่งให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อย ไตรมาสละ ๑ ครั้ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ไตรมาสละ ๑ ครั้ง รอบที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗) ๑ ครั้ง = ๐.๕ คะแนน ๒ ครั้ง = ๑ คะแนน รอบที่ ๒ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗) ๒ ครั้ง = ๐.๕ คะแนน ๓ ครั้ง = ๑ คะแนน
มาตรการที่สำคัญ	ระดับจังหวัด ๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการให้เป็นปัจจุบัน ระดับอำเภอ ๑. มีการประชุมคณะกรรมการ คปสอ. อย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง ๒. มีการสรุปการประชุมฯ และส่งผลการประชุมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา อย่างน้อยปีละ ๔ ครั้ง
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร/ E-mail	๑. นางสาวปนัดดา มหิธานุภาพ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘ - ๐๔๖๒ - ๒๓๙๕ ๒. นายชุตติเดช เจียนดอน ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เบอร์โทร ๐๘ - ๙๘๔๔ - ๘๓๐๗ E-mail: strategyhealth.kr@gmail.com โทรสาร ๐ - ๔๔๕๖ - ๕๐๑๑ - ๔ (ต่อ ๓๑๐)

บทที่ ๔

มาตรการที่สำคัญ เพื่อบรรลุตามเข็มมุ่งประจำปี ๒๕๖๗

เข็มมุ่งประจำปี ๒๕๖๗

มาตรการตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

- ๑ ลดอัตราการเด็กวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตาย
- ๒ ลดเสียง ลดป่วย ลดตายจากโรค NCDs (Include มะเร็ง)
- ๓ ลดอัตราการตายของมารดา
- ๔ เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น
- ๕ เด็กวัยเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- ๖ ประชาชนใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความปลอดภัย จากสถานที่จำหน่ายที่ได้มาตรฐาน
- ๗ ลดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๑	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๑. ลดอัตราการเด็กวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตาย	<p>๑.มีการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นในกลุ่มเด็กอายุ ๑๓ -๑๘ ปี ทั้งในและนอกระบบ</p> <p>๒.ลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มเด็กอายุ ๑๓-๑๘ ปี</p> <p>๓.เพิ่มความเข้าใจทักษะในการสื่อสารและการดูแลวัยรุ่นภายในครอบครัว</p> <p>๔.เด็กวัยรุ่น รวมถึงครู มีทักษะการแก้ปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น</p> <p>๕.มีเครือข่ายผู้ดูแลด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน</p>	<p>มีการพยายามทำร้ายตัวเองซ้ำเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บูรณาการดำเนินการแก้ไขปัญหาอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระบบ สาธารณสุข / โรงเรียนที่เกี่ยวข้อง/องค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - บูรณาการ Korat Care U และ พชอ.เพื่อติดตามต่อเนื่อง ป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำซ้ำหรือพฤติกรรมเลียนแบบ - เสริมสร้างทักษะความเข้มแข็งทางด้านจิตใจและสร้างสายสืบสุขภาพจิตในโรงเรียน - สร้าง โรงเรียนพื้นที่ต้นแบบในการให้คำปรึกษา แบบเพื่อนช่วยเพื่อน

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๑	แนวโน้มน		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๒. ลดเสี่ยง ลดป่วย ลด ตายจากโรค NCDs (Include มะเร็ง)	<p>๑. ประชาชนมีความรู้ ทางด้านสุขภาพ ในการ ดูแลตนเองและ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มขึ้น</p> <p>๒. ลดกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <p>๓. ภาครัฐเครือข่ายดำเนินการ ด้านสุขภาพเพื่อแก้ไข ปัญหาโรคเรื้อรังอย่าง ยั่งยืน</p> <p>๔. เกิด Health Leader/ Health Model ด้าน สุขภาพเพิ่มขึ้น</p> <p>๕. มีการขยายการ ดำเนินงานโรงเรียน เบาหวานหรือ การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน ชุมชนเพิ่มขึ้น</p> <p>กลุ่มโรคมะเร็งได้รับการ วินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการ รักษาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะใน ระยะเริ่มแรก</p>	<p>๖. กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคเรื้อรัง เพิ่มขึ้น</p> <p>๗. ผู้ป่วยโรคแทรกซ้อน จากเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง สูญเสียงบประมาณ ใน การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค เรื้อรัง จำนวนมาก</p>	<p>๘. คัดกรอง ค้นหา นำพาสู่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยกระบวนการ ทางเลือก ทางรอด จาก NCDs (โรงเรียนเบาหวาน) โดยบูรณาการกับภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๙. สื่อสารเตือนภัยในชุมชน (Alarm Alert Alive)</p> <p>๑๐. รณรงค์ให้ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตรวจคัดกรอง มะเร็ง ๕ อันดับ ด้วยตนเอง พัฒนาระบบส่งต่อวินิจฉัย รักษา มะเร็ง</p>

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๑	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๓. ลดอัตราการตายของมารดา	<p>๑.หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว มีการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์</p> <p>๒.หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว หรือมีความเสี่ยงสูง ได้รับการเฝ้าระวัง คัดกรอง ดูแล รักษา ส่งต่อตามมาตรฐาน</p> <p>๓.หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว เข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง</p>	<p>๑.มารดาที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยงตายเพิ่มขึ้น</p> <p>๒.กระทบความเชื่อมั่นของประชาชนต่อมาตรฐานการรักษา</p> <p>๓.ข้อร้องเรียนเพิ่มมากขึ้น</p> <p>๔.สูญเสียงบประมาณในการช่วยเหลือเยียวามากขึ้น</p>	<p>๑.ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน ๑,๐๐๐ วัน โดยใช้กลไก พขอ.ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน</p> <p>๒.จัดตั้งคลินิกเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในทพ. (พัฒนาการดำเนินงาน Preconception care clinic ทุก รพ.)</p> <p>๓.พัฒนาองค์ความรู้เจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะเสี่ยงสูง</p> <p>๔.จัดระบบการ ดูแล รักษา ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัวและมีภาวะเสี่ยงสูง เข้าสู่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า</p>
๔. เด็กมีพัฒนาการสมวัยมากขึ้น	<p>๑.เด็กจะมี IQ,EQ ดี</p> <p>๒.เด็กที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดพัฒนาการล่าช้า(คลอดก่อนกำหนด/BA) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตามกระตุ้นดูแล ส่งต่อ ที่ได้มาตรฐาน</p>	<p>๑.มีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเพิ่มมากขึ้น</p> <p>๒.เป็นภาระต่อครอบครัวสังคม สูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาช่วยเหลือในระยะยาว</p>	<p>๑.จัดตั้งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการทุกโรงพยาบาล</p> <p>๒.พัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า</p> <p>๓.ใช้กลไก พขอ.ในการดูแลเด็ก ๐-๕ ปี ในชุมชน/ศูนย์เด็กเล็ก</p> <p>๔.ส่งเสริมให้มีพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลพัฒนาการเด็กสมวัยประจำคลินิก</p>

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๑	แนวโน้มน		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๕. เด็กวัยเรียนมีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ	<p>๑. เด็กจะมี IQ , EQ ดี</p> <p>๒. นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (โปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน)</p> <p>๓. ผู้ปกครองและครู มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องในการดูแลเด็ก</p>	<p>๑. เป็นภาระต่อครอบครัว และสังคม</p> <p>๒. มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น ตั้งครรภ์ไม่พร้อม, ภาวะทุพโภชนาการ , สุขภาพจิต , สารเสพติด</p>	<p>๑. โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)</p> <p>๒. นักเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (โปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน)</p> <p>๓. บูรณาการกับสถานศึกษาที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็ก และส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>๔. ใช้กลไก พขอ.ในการดูแลให้ความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน และส่งเสริม ติดตามเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ</p>
๖. การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยจากสถานที่จำหน่ายที่ได้มาตรฐาน	<p>๑. สถานที่จำหน่ายอาหารได้รับการตรวจประเมินและผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตลาดนัด ผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น - ตลาดสด ผ่านมาตรฐานลดลง(ปรับเกณฑ์ เรื่องโรคระบาด) - แผงลอย ผ่านมาตรฐานเพิ่มขึ้น - ร้านอาหาร ผ่านมาตรฐานลดลง (ปรับเกณฑ์) - โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ใช้วัตถุดิบที่ปลอดภัยลดลง <p>๒. พบยาอันตรายในร้านชำลดลง</p>	<p>๑. ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย ผู้บริโภคได้รับอันตรายจากการใช้บริการสถานที่จำหน่ายอาหารที่ไม่ได้มาตรฐาน</p>	<p>๑. สร้างความรอบรู้ให้ประชาชนในการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพทุกช่องทาง</p> <p>๒. สร้างความตระหนักรู้ให้ผู้ประกอบการในการปรับปรุงประกอบและจำหน่ายอาหารที่ปลอดภัย</p> <p>๓. เพิ่มทักษะการประเมิน/เกณฑ์มาตรฐานสถานที่จำหน่าย ให้กับเจ้าหน้าที่</p> <p>๔. ขอความร่วมมือหน่วยงานท้องถิ่นและ รพ.สต.ในสังกัด อบจ.ส่งผลงานและค้นหาปัญหาร่วมกันกับอำเภอ</p>

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๑	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๗. ลดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย ๗.๑ ลดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย (๐-๑๒ปี)	ลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนและวัยเรียน	โรคฟันผุในเด็ก ๐-๑๒ ปี เพิ่มขึ้น	- พัฒนาระบบงานส่งเสริมทันตสุขภาพใน WCC, ศพด และ โรงเรียน ประถมศึกษา - พัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็ก ๐-๑๒ ปี
๗.๒ ลดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย(วัยทำงาน ๑๕-๕๕ปี)	ลดการสูญเสียฟัน จากโรคในช่องปากในวัยทำงาน	วัยทำงานสูญเสียฟันมากขึ้นและเหลือฟันใช้งานลดลงในวัยสูงอายุ	- เพิ่มความรอบรู้ในการดูแลทันตสุขภาพ - พัฒนาระบบบริการทันตกรรมให้เอื้อต่อคนกลุ่มวัยทำงาน
๗.๓ ลดปัญหาสุขภาพช่องปาก ทุกกลุ่มวัย(วัยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)	เพิ่มประสิทธิภาพการบดเคี้ยว อาหารในผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ทำให้ขาดสารอาหารและความเสื่อมของสมอง	พัฒนาระบบการดูแลทันตสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

มาตรการตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๘ มีระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ ตาม Service Plan ได้แก่

- การตั้งครรภ์คุณภาพ เพื่อ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน (Fast track)
- ป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในทุกกลุ่มวัย
- ลดการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
- เพิ่มอัตราความสำเร็จ ของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
- พัฒนาระบบส่งต่อ
- เพิ่มจำนวนการบริจาคอวัยวะและดวงตา

๙ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดย พัฒนา PCC และ NPCU

๑๐ ประชาชนได้รับบริการด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และกัญชาทางการแพทย์

๑๑ พัฒนาระบบ Telemedicine และ Telehealth เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ระบบบริการของประชาชน

๑๒ คลินิกผู้สูงอายุมีคุณภาพ

๑๓ สนับสนุนให้มีหน่วยปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๒	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๘ มีระบบการให้บริการ ที่มีคุณภาพ ตาม Service Plan ๘.๑ ลูกเกิดรอดแม่ ปลอดภัย	๑. อัตราตายของมารดา และทารกลดลง ๒. ระบบส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ	๑. อัตราตายของมารดา และทารกเพิ่มขึ้น ๒. การร้องเรียนเพิ่มขึ้น ๓. ศรัทธาและความ เชื่อมั่น ต่อองค์กรลดลง	๑. พัฒนาระบบการดูแล มารดา และทารก (ANC คุณภาพ) ๒. พัฒนาระบบส่งต่อ และ เครือข่าย บริการทุกระดับ ๓. พัฒนา Health literacy ของหญิงวัยเจริญพันธุ์
๘.๒. พัฒนาการดูแล ผู้ป่วย กลุ่มโรควิกฤตฉุกเฉิน (Fast track)	๑. พัฒนาและเพิ่มจำนวน หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ ฉุกเฉินให้ครอบคลุม ๒. พัฒนาศักยภาพหน่วย บริการส่งต่อ ๓. พัฒนาระบบส่งต่อ และ เครือข่าย บริการทุกระดับ	๑. อัตราตาย/พิการ กลุ่มโรคฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ๒. การร้องเรียนเพิ่มขึ้น ๓. ศรัทธาและความ เชื่อมั่น ต่อองค์กรลดลง	๑. พัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน trauma center (A,S,M๑) ๒. พัฒนาศูนย์โรคหัวใจ (รพ. ปากช่องนานา) ๓. พัฒนา Node Stroke (รพ.ม. เทพรัตนฯ ปากช่อง พิ มาย บัวใหญ่ ปักธงชัยเพิ่ม โชคชัย) ๔. พัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วย STEMI ๕. พัฒนาการดูแล Sepsis
๘.๓. ป้องกันการฆ่าตัว ตายสำเร็จ ในทุกกลุ่มวัย	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในทุกกลุ่มวัยลดลง	อัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ในทุกกลุ่มวัยเพิ่มขึ้น	๑. พัฒนาระบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า และการเข้าถึง บริการ ๒. พัฒนาคุณภาพคลินิก สุขภาพจิต ในหน่วยบริการ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ที่มีความรู้ ทางด้าน สุขภาพจิต ๔. พัฒนาระบบส่งต่อ และ เครือข่ายบริการ ทุกระดับ ๕. ส่งเสริมนโยบาย Korat V Care

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๒	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญห	
๘.๔ ลดการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด	๑. ร้อยละการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด (AMR) ลดลง	๑. ร้อยละการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด (AMR) เพิ่มขึ้น ๒. อัตราตายของผู้ป่วย ติดเชื้อ ในกระแสเลือด เพิ่มขึ้น ๓. ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มขึ้น	๑. พัฒนาระบบการป้องกัน การติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด ๒. ส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล (RDU)
๘.๕. เพิ่มอัตรา ความสำเร็จ ของการรักษาผู้ป่วยวัณ โรค	๑. อัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรคเพิ่มขึ้น ๒. Success rate ๓. Cure rate	๑. อัตราความ ครอบคลุมการ ขึ้น ทะเบียนของผู้ป่วยวัณ โรค ลดลง ๒. เกิดการระบาดของ วัณโรค ๓. เกิดวัณโรคดื้อยา ๔. ค่าใช้จ่ายในการรักษา เพิ่มขึ้น	พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย วัณโรค ในโรงพยาบาลและใน ชุมชน
๘.๖. พัฒนาระบบส่ง ต่อ	๑. ระบบการส่งต่อและรับ กลับที่ไร้รอยต่อ ๒. ประชาชนได้รับการส่ง ต่อที่มีคุณภาพและได้ มาตรฐาน ไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนความพิการ เสียชีวิต ๓. ลดอัตราตาย ๔. ลดความแออัด	๑. การส่งต่อล่าช้า ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย และรักษาล่าช้าไม่ ทันท่วงที ๒. เกิดภาวะแทรกซ้อน ความพิการ และเสียชีวิต	๑. พัฒนาระบบส่งต่อทุก สาขา ๒. พัฒนาศูนย์ส่งต่อในสถาน บริการทุกระดับ ๓. พัฒนาศักยภาพของ โรงพยาบาลแม่ข่าย (Node) ๔. พัฒนาโปรแกรม R๙ Refer V.๒

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๒	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๘.๗. เพิ่มจำนวนการ บริจาคอวัยวะและดวงตา	๑. จำนวนผู้แสดงความ จำนง บริจาคอวัยวะและดวงตา เพิ่มขึ้น ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ต้องการ รับบริจาค ดวงตามองเห็น เพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิต ดีขึ้น	จำนวนผู้แสดงความ จำนง บริจาคอวัยวะและ ดวงตาลดลง	๑. ประชาสัมพันธ์เชิงรุก ๒. พัฒนาศักยภาพหน่วย บริการ ในการจัดเก็บดวงตา
๘. พัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิ (นโยบาย) - การพัฒนา PCC และ NPCU	๑. ระบบบริการปฐมภูมิ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ตาม พ.ร.บ.ปฐมภูมิ ๒. ประชาชนเกิดความ เชื่อมั่น ในหน่วยบริการ	๑. ระบบบริการปฐมภูมิ ไม่ได้มาตรฐาน ตาม พ.ร.บ.ปฐมภูมิ ๒. ประชาชนขาดความ เชื่อมั่น ในหน่วยบริการ	๑. พัฒนาระบบบริการปฐม ภูมิให้ได้มาตรฐาน ตาม พ.ร.บ.ปฐมภูมิ ๒. พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสาร เพื่อคืนข้อมูล ให้กับ อปท. ๓. ส่งเสริมการดำเนินงาน ปฐมภูมิ โดยใช้กลไก กสพ. และ คป สอ.
๑๐. ร้อยละของ ประชาชนที่มารับบริการ ในระดับปฐมภูมิได้รับ การรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (นวด อบ ประคบ ทับหม้อเกลือ สั้ ยาสมุนไพร กัญชาทาง การแพทย์)	๑. ประชาชนเข้าถึงบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้น ๒. ลดค่าใช้จ่ายในการใช้ยา แผนปัจจุบัน	ประชาชนเข้าถึงบริการ ด้านการแพทย์แผนไทย ลดลง	๑. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ในหน่วยบริการ ทุกระดับและพัฒนาวิชาการ ยาสมุนไพร ๒. ส่งเสริมบริการด้าน การแพทย์ แผนไทยฯ โดยเฉพาะบริการเชิงรุก ๓. พัฒนาและทบทวนการ บันทึกข้อมูล ด้านการแพทย์แผนไทยฯ ให้ ครบถ้วน ๔. ส่งเสริมให้มีการเพิ่ม แพทย์แผนไทย ใน รพ.สต. ๕. ส่งเสริมการปลูกและใช้ สมุนไพรในชุมชน

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๒	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๑๑. พัฒนาระบบ Telemedicine และ Telehealth (นโยบาย)	๑. ประชาชนเข้าถึงบริการ ที่มีคุณภาพมากขึ้น ๒. ลดค่าใช้จ่ายของ ประชาชน ในการเดินทางมารับบริการ ๓. ลดความแออัด ของหน่วยบริการ	๑. ประชาชนเข้าถึง บริการ ที่มีคุณภาพ ลดลง ๒. ค่าใช้จ่ายของ ประชาชน ในการเดินทาง มารับบริการ เพิ่มขึ้น ๓. ความแออัดของ หน่วยบริการ เพิ่มขึ้น	๑. พัฒนาระบบการแพทย์ ทางไกล ๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อให้สามารถ เชื่อมโยง ข้อมูลการทำงานร่วมกับ ระบบ HIS ของหน่วยบริการได้ ๓. พัฒนาระบบการส่งยา ทาง Telemedicine
๑๒. คลินิกผู้สูงอายุ (นโยบาย)	๑. ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดี ขึ้น ๒. การเข้าถึงบริการของ ผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้น	๑. ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่ม ติดสังคม จะกลายเป็นกลุ่มภาวะ พึ่งพิง ๒. ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ๓. เป็นภาระของ ครอบครัว	๑. พัฒนาระบบการดูแล ผู้สูงอายุ - กลุ่มติดสังคม - กลุ่มติดบ้าน - ติดเตียง ๒. พัฒนาระบบส่งต่อ
๑๓. ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เข้าถึงบริการทาง การแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้น (นโยบาย ผตร.)	๑. อ่างหน่วยปฏิบัติการ การแพทย์ ฉุกเฉิน ที่มีอยู่ ๒. เพิ่มหน่วยปฏิบัติการ การแพทย์ ฉุกเฉินจาก อปท.	๑. จำนวนหน่วย ปฏิบัติการ การแพทย์ ฉุกเฉินลดลง ๒. ระยะเวลาการการ เข้าถึงผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ๓. จำนวนผู้ป่วยวิกฤต ฉุกเฉิน เข้ารับบริการล่าช้า ทำให้เสียชีวิต หรือพิการเพิ่มขึ้น	ส่งเสริมการจัดตั้งหน่วย ปฏิบัติการ ทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับ ตำบล โดย อปท. และเครือข่าย

มาตรการตามยุทธศาสตร์ที่ ๓ ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence (People Excellence)

๑๔ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ตามเกณฑ์

๑๕ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน

๑๖ มีการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข อย่างเหมาะสม ในทุกสถานการณ์

๑๗ โรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม มีการดำเนินงานตามกฎหมาย ที่เกี่ยวข้อง

๑๘ หน่วยบริการทุกระดับมีการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๓	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๑๔. ระดับความสำเร็จของ การดำเนินงานสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค ความ ครอบคลุมวัคซีนทุกชนิด	๑. อัตราป่วยอัตราตายด้วย โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วย วัคซีนลดลง ๒. ต้นทุนในการป้องกันโรคถูก กว่าการรักษาโรค ๓. มีสุขภาพที่ดี ๔. ไม่เกิดโรคอุบัติซ้ำ อุตใหม่	๑. อัตราป่วยอัตราตาย ด้วยโรคติดต่อที่ป้องกัน ได้ด้วยวัคซีนเพิ่มขึ้น ๒. ใช้งบประมาณในการ ดูแลสุขภาพมากขึ้น ๓. เกิดความพิการทุพล ภาพ ๔. จะเกิดโรคอุบัติซ้ำ	๑. พัฒนาระบบการเชื่อมโยง ฐานข้อมูลการบริการทั้ง ภาครัฐและเอกชน ๒. พัฒนาระบบแอปพลิเคชัน แจ้งในโทรศัพท์ -ขับเคลื่อนโดยกลไก เครือข่าย (พขอ) -มีการรณรงค์ -กลไกการดำเนินงานในพื้นที่ การติดตามกลุ่มเป้าหมาย/ การให้บริการเชิงรุก
๑๕. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน	๑. ผู้สูงอายุและผู้ป่วย ๗กลุ่ม โรคได้รับการดูแลใกล้บ้านใกล้ ใจเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น	๑. กลุ่มเป้าหมายไม่ได้ รับการดูแล/รักษาที่ ทันเวลา	๑. พัฒนาระบบข้อมูลให้มี คุณภาพลดการซ้ำซ้อน -เพิ่มศักยภาพ อสม. ในการ ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วย ๗ กลุ่มโรค
๑๖. ระดับความสำเร็จของ การจัดการภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และ สาธารณสุข (Public Health Emergency Management)	๑. ทุกอำเภอมีความพร้อมใน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและ ภัยพิบัติที่มีประสิทธิภาพ	๑. หากเกิดเหตุการณ์ไม่ สามารถควบคุม สถานการณ์ได้ พื้นที่ที่เกิดความ เสียหายวงกว้าง	๑. พัฒนาทีมตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน ๒. จัดหลักสูตรอบรมผู้บริหาร ฯ ๓. จัดทำแผน HSP BCP ระดับอำเภอ ทุกอำเภอ ๔. ซ้อมแผนตามผลการ วิเคราะห์ความเสี่ยงโรคและ ภัยสุขภาพ ๕. SRRT ระดับอำเภอรับการ ประเมินมาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ ขั้นต่ำ ระดับพื้นฐาน

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๓	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญหา	
๑๗. มีการดำเนินงานตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการ ประกอบอาชีพและโรค จากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	๑. หน่วยงานมีบุคลากรที่ได้รับ การแต่งตั้งให้เป็นเจ้าหน้าที่ใน หน่วยปฏิบัติการตาม พรบ.ฯ อย่างน้อย ๑ คน ๒. มีข้อมูลพื้นที่เสี่ยงและ แหล่งกำเนิดมลพิษทาง สิ่งแวดล้อม ๓. การเฝ้าระวังภัยสุขภาพ และโรคที่เกิดจากการ ประกอบอาชีพและโรค สิ่งแวดล้อม ๔. มีระบบการรายงาน การ สอบสวนและควบคุมโรคจาก การประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ DCIRs ๕. ยกระดับมาตรฐานการ บริการอาชีวอนามัยและ บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ๖. มีการสื่อสารความรู้ความ เข้าใจเรื่อง พรบ.ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพและ โรคจากสิ่งแวดล้อมให้แก่ ผู้เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงและ ต่อเนื่อง	๑. ขาดบุคลากรในการ ควบคุมโรค EnvOcc ตาม พรบ.ควบคุมโรค จากการประกอบอาชีพ และโรคจาก สิ่งแวดล้อมพ.ศ.๒๕๖๒ ๒. ไม่รู้ปัญหาและ สถานการณ์ความ รุนแรง โรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม ๓. ไม่มีความพร้อมใน การปฏิบัติงาน ๔. ไม่มีการควบคุมโรค และ เกิดภาวะแทรก ซ้อนของโรคจากการ ทำงานหรือเกิด อุบัติเหตุซ้ำๆและโรค จากสิ่งแวดล้อม ๕. ขาดคุณภาพในการ ให้บริการ ๖. ขาดความรู้ การ ปฏิบัติตัวให้ปลอดภัย ขาดการป้องกัน ขาด การควบคุมโรค EnvOcc	๑. พัฒนาบุคลากรให้ผ่านการ อบรมหลักสูตรฯตามที่ พรบ. กำหนด ๒. พัฒนาระบบการสำรวจ ข้อมูลและการเฝ้าระวัง ๓. พัฒนาคำแนะนำและทักษะ ของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขในการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พิษฟู และควบคุมโรค Env Occ ๔. การพัฒนาบุคลากรทางการ การแพทย์และ สาธารณสุขในการตรวจ วินิจฉัย การรายงานและการ ลงบันทึกการวินิจฉัย ตาม ระบบICD-๑๐ ๕. ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วย บริการยกระดับมาตรฐานการ บริการอาชีวอนามัยและ บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ๖. ส่งเสริม สนับสนุน สร้าง ภาคีเครือข่าย และดำเนินการ สื่อสารทุกช่องทาง
๑๘. โรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) ตามมาตรฐาน	๑. ผ่าน HA (มาตรฐาน หน่วยงานราชการ) ๒. บุคลากรและผู้รับบริการมี ความปลอดภัยไม่ก่อมลพิษ สิ่งแวดล้อม	๑. ก่อให้เกิดอันตราย ต่อบุคลากร/ ผู้รับบริการ/และผู้ อาศัยโดยรอบ ๒. ละเลยไม่ปฏิบัติตาม กฎหมาย/อาจเกิดการ ร้องเรียน ๓. ภาพลักษณ์องค์กร	๑. พัฒนามาตรฐาน ทุก รพ. ๒. เยี่ยมเสริมพลัง (PRE – AUDIT) ๓. สร้างเวทีเผยแพร่ผลงาน และรับมองรางวัล ๔. ขยาย ลง ชุมชน ๕. Solar cell รพ สสอ รพสต

มาตรการตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๑๙ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ

๒๐ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ที่มีประสิทธิภาพ

๒๑ การพัฒนาองค์กรคุณภาพ ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๒๒ ส่งเสริม และพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ทางการแพทย์

๒๓ หน่วยงาน/หน่วยบริการมีมาตรฐานตามการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส (ITA)

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๔	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญห	
<p>๑๙.การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเบิกเงินจาก สปสช. จำนวนครั้งของการให้บริการยังน้อย แพทย์ไม่เพียงพอ (Tele med) - อุปกรณ์ราคาสูง บุคลากรไม่เพียงพอ ขาดองค์ความรู้ - ความปลอดภัย 	<p>๑. หน่วยบริการทุกแห่งมีการให้บริการและเบิกค่าบริการเพิ่มขึ้น จากระบบ Tele med</p> <p>๒. มีระบบการเข้าถึงข้อมูลที่ปลอดภัยมากขึ้น</p> <p>๓. พัฒนาหน่วยบริการเป็น Smart Hospital</p>	<p>๑. เกิดความแออัดในโรงพยาบาล ปชช. เสียค่าใช้จ่ายในการมารับบริการที่ รพ.</p> <p>๒. เกิดการรั่วไหลของข้อมูล</p> <p>๓. ระบบบริการ ขาดประสิทธิภาพในการให้บริการ</p>	<p>๑. พัฒนาระบบบริการ Telemed/Tele Health</p> <p>๒. พัฒนาหน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน HAIT / PDPA ด้านความปลอดภัย</p> <p>๓. พัฒนาระบบบริการ คิว/paper less / Back office และลดระยะเวลา รอคอย</p>
<p>๒๐ .การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - TPS ยังไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ B ขึ้นไป ๔๕ % - ศูนย์จัดเก็บรายได้ (๔S๔C กระทรวง ๓C จังหวัด และ รพ.สต. เรียกเก็บ ๕ กองทุน) - ๕ มิติ (มิติด้านเงิน พัสดุ ความปลอดภัย ทางด้านสารสนเทศ) 	<p>๑. หน่วยบริการมีการจัดการระบบบริหารการเงินการคลัง มีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. หน่วยบริการมีสภาพคล่องทางการเงิน</p>	<p>๑. หน่วยบริการมีการจัดการระบบบริหารการเงินการคลัง ขาดประสิทธิภาพ</p> <p>๒. หน่วยบริการขาดสภาพคล่องทางการเงิน</p>	<p>๑. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงิน การคลัง</p> <p>๒. พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ ให้มีประสิทธิภาพ</p>

เป้าหมาย/เข็มมุ่ง ยุทธศาสตร์ที่ ๔	แนวโน้ม		กลยุทธ์
	แก้ไขปัญหา	ไม่แก้ปัญห	
๒๑. การพัฒนาองค์กร คุณภาพ - HA หน่วยบริการยังไม่ ผ่านตามเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ (ยังไม่ผ่าน ๑ แห่ง) - PMQA /- มาตรฐาน บริการปฐมภูมิ / - EMS	๑. ระบบบริการ มี คุณภาพตามมาตรฐาน	๑. ระบบบริการไม่ได้ มาตรฐานขาดความ น่าเชื่อถือ ๒. เกิดข้อร้องเรียนจาก การให้บริการ	๑. พัฒนาหน่วยบริการทุก ระดับผ่านตามเกณฑ์ มาตรฐาน
๒๒. นวัตกรรม ผลติ ภัณฑ์สุขภาพ และ เทคโนโลยีทางการแพทย์ - ควรส่งเสริมนโยบาย การพัฒนาองค์ความรู้ และทักษะในการพัฒนา งานประจำสู่งานวิจัย (๑๐ อำเภอ)	๑. เกิดองค์ความรู้ในการ ปฏิบัติงานและพัฒนา งาน ๒. มีแนวทาง/รูปแบบ นวัตกรรมการทำงาน และ เพิ่มประสิทธิภาพ การทำงาน ๓. บุคลากรมีความ พร้อมในการประเมิน เพื่อ เข้าดำรงตำแหน่งที่ สูงขึ้น	๑. ไม่เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ๒. ขาดแนวทางการ พัฒนางาน เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการ ทำงาน ๓. บุคลากรไม่มีความ พร้อมในการ ประเมินผลงานเพื่อเข้าสู่ ตำแหน่ง	๑. พัฒนาทักษะ / ความรู้ ในการพัฒนางานวิจัย ๒. ส่งเสริมและสนับสนุน ให้มีการพัฒนางานวิจัย ใหม่
๒๓. การประเมิน คุณธรรมความโปร่งใส (ITA) (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒) - หน่วยงานยังไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมิน ๒๕ แห่ง	๑. เกิดความโปร่งใสใน การดำเนินงาน	๑. ภาพลักษณ์องค์กร ไม่ โปร่งใส	๑. กำกับ ติดตาม ควบคุม การรายงานในระบบ ตาม คู่มือ

บทที่ ๕
ระบบการควบคุม กำกับ และประเมินผล จังหวัดนครราชสีมา
ประจำปี ๒๕๖๗

ระบบควบคุมกำกับ และประเมินผล เป็นระบบหนึ่งของการบริหารแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของจังหวัดนครราชสีมา เพื่อช่วยในการพัฒนางานและติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน ที่เป็นนโยบายสำคัญของทุกระดับ และนโยบายมุ่งเน้น ตามกรอบการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยมีกระบวนการร่วมรับฟังปัญหา และ ให้ข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรค แก่หน่วยงานเพื่อนำไปสู่การขับเคลื่อนมาตรการให้บรรลุวัตถุประสงค์ ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จของงาน ตลอดจนเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงาน รูปแบบการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่ ระบบควบคุมกำกับขององค์กรและระบบการประเมินผลการดำเนินงาน และสรุปวิเคราะห์จัดทำรายงานประจำปี ดังนี้

๑. ระบบควบคุมกำกับขององค์กร

๑.๑ ระบบรายงาน (Report)

รายงานด้วยระบบเอกสารเฉพาะกิจในบางเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นต้องใช้เป็นเอกสารอ้างอิง เช่น ๑) การสอบสวนโรค ๒) การสอบข้อเท็จจริง ๓) แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ/ แผนเงินงบประมาณ ๔) การสรุปผลงานต่างๆ เป็นต้น

๑.๒ ระบบข้อมูลสารสนเทศ (IT)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และคณะกรรมการดำเนินการพัฒนาโปรแกรม เพื่อบริหารจัดการให้สามารถติดตามข้อมูลได้อย่างทันเวลา ครบถ้วน และมีคุณภาพ โดยมีแนวทางในการดำเนินงานดังนี้

๑) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาได้พัฒนาโปรแกรม BMS (Budget management system) บริหารงบประมาณ เพื่อควบคุม กำกับการเบิกจ่ายงบประมาณ

๒) ทุกกลุ่มงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา นำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข จาก HDC และโปรแกรมเฉพาะ เช่น ระบบรายงาน HIS โรงพยาบาล , รายงานผ่าน Google Form , Application : Smart อสม. / R9 Data Lake รายงานเฉพาะ GREEN & CLEAN Hospital/EMS / ๕ มิติ Smart Hospital / ITA / TPS Score / 7 Plus , รายงาน 506 (โปรแกรมนำเสนอข้อมูลทางระบาดวิทยา), NTIP (National Tuberculosis Information Program) งานโรควัณโรค , โปรแกรมของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น โดยกำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด เป็นผู้กำกับติดตามผลการดำเนินงาน และ คั้นข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอทราบ เป็นรายเดือน/รายไตรมาส

๓) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จัดทำระบบรายงานผ่าน Web Application เพื่อกำกับ และติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดจังหวัดนครราชสีมา ที่สำคัญ รายงานต่อที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา (กวป.)

๑.๓ ระบบนิเทศงาน (Supervisor)

๑) การนิเทศติดตาม ปีละ ๑ ครั้ง ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๖ ถึง มกราคม ๒๕๖๗
 ทีมนิเทศงานจำนวน ๖ ทีม (๖ โซน)

ผู้นิเทศ จำนวนไม่เกิน ๒๐ คน ประกอบด้วย

- ๑.๑) สสจ.โซน ประธานทีม
- ๑.๒) รอง สสจ.โซน ด้านเวชกรรมป้องกัน
- ๑.๓) รอง สสจ.โซน ด้านสาธารณสุข
- ๑.๔) กรรมการที่เป็นหัวหน้ากลุ่มงาน
- ๑.๕) ตัวแทนกลุ่มงาน กลุ่มละ ๑ คน ที่ได้รับการคัดเลือกจากหัวหน้ากลุ่มงาน จากทุกกลุ่มงาน
- ๑.๖) เลขาทีม

๒) การเตรียมการนิเทศและเครื่องมือ

๒.๑) กลุ่มงานจัดทำคำอธิบายตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ เป็น POWERPOINT เพื่อชี้แจง
 ตัวชี้วัด ที่ใช้ในการนิเทศงาน/การประเมินผล และจัดทำข้อมูลปัญหาของแต่ละของอำเภอ

๒.๒) จัดประชุมชี้แจงผู้นิเทศ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมอบนโยบาย วิธีการนิเทศงาน
 CUP ก่อนออกนิเทศงาน

๓) รูปแบบการนิเทศงาน

- ๓.๑) นิเทศงานปกติ อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
- ๓.๒) แบบรวมโซน (ออกไม่เกิน ๓ อำเภอ/ครั้ง)

๔) เนื้อหาการนิเทศงาน

- ๔.๑) มอบนโยบายและงานสำคัญ
- ๔.๒) ติดตามการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ CUP ที่สอดคล้องกับนโยบาย และ ปัญหาพื้นที่
- ๔.๓) ร่วมรับรู้ เรียนรู้ และแก้ปัญหาพื้นที่

๕) ขั้นตอนการนิเทศงาน

- CUP นำเสนอกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับ CUP ที่สอดคล้องกับนโยบาย และ
 ปัญหาพื้นที่ / KPI ที่ตกเกณฑ์ของ CUP , นำเสนอนวัตกรรม หรือผลงานเด่น

- สสจ.โซน / มอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
 นครราชสีมา

- กลุ่มงานเตรียมข้อมูล (Template) ตัวชี้วัด และข้อมูลปัญหาของอำเภอ ข้อเสนอแนะจาก
 การประเมินรอบที่ผ่านมา พร้อมแนวทางแก้ไข โดยจัดทำเป็นPOWERPOINT

- จัดเวลาให้กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานได้พูดคุยกัน

๖) กลุ่มงานจัดทำPOWERPOINT ชี้แจงตัวชี้วัด และข้อมูลปัญหาของอำเภอ พร้อมแนวทาง
 แก้ไขในเวทีใหญ่

๗) จัดเวลาให้กลุ่มงานและผู้รับผิดชอบงานได้พูดคุยกัน

- ผู้นิเทศกลุ่มงานแต่ละโซน ต้องเป็นพี่เลี้ยง ให้ข้อมูล ชี้เป้าปัญหา พร้อมประสานงานเพื่อแก้ไข
ปัญหา **“ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ”**

- ผู้นิเทศให้ข้อเสนอแนะ
- อภิปราย / ซักถามปัญหา

๘) การแบ่งโซนนิเทศงาน สสจ.นม. ดังนี้

- โซน ๑** รับผิดชอบ ๕ อำเภอ และ ๑ โรงพยาบาล ได้แก่
อำเภอเมือง และโรงพยาบาลเทพรรัตน์ฯ ขามทะเลสอ เฉลิมพระเกียรติ จักราช ห้วยแถลง
- โซน ๒** รับผิดชอบ ๖ อำเภอ ได้แก่
อำเภอโชคชัย นครบุรี วังน้ำเขียว เสิงสาง ปักธงชัย หนองบุญมาก
- โซน ๓** รับผิดชอบ ๕ อำเภอ ได้แก่
อำเภอพิมาย เมืองยาง โนนสูง ชุมพวง ลำทะเมนชัย
- โซน ๔** รับผิดชอบ ๖ อำเภอ ได้แก่
อำเภอบัวใหญ่ แก้งสนามนาง โนนแดง บัวลาย ประทาย สีดา
- โซน ๕** รับผิดชอบ ๕ อำเภอ ได้แก่
อำเภอโนนไทย ขามสะแกแสง คง บ้านเหลื่อม พระทองคำ
- โซน ๖** รับผิดชอบ ๕ อำเภอ ได้แก่
อำเภอปากช่องและโรงพยาบาลมกุฏศิรีวัน ด่านขุนทด สีคิ้ว สูงเนิน เทพารักษ์

๑.๔ ระบบนิเทศงานเฉพาะกิจ

นิเทศงานเฉพาะกิจ ตามสถานการณ์ปัจจุบัน หรือสภาพปัญหาเฉพาะพื้นที่, นิเทศเสริมพลัง พขอ., นิเทศโดยระบบ Video Conference , และ มติ บ.สสจ. พิจารณานิเทศเพิ่มเติม ในงานที่สำคัญ

๑.๕ การตรวจราชการระดับกระทรวงสาธารณสุข/การตรวจราชการแบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี

๑.๕.๑ การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข

๑.๕.๒ การตรวจราชการแบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี

การตรวจราชการแบบบูรณาการสำนักนายกรัฐมนตรี ในปี ๒๕๖๗ จะมีแนวทางการตรวจในประเด็นเนื้อหาเกี่ยวกับการบูรณาการทำงานร่วมกับกระทรวงอื่นๆ โดยสำนักนายกรัฐมนตรีจะแจ้งแนวทางการตรวจราชการ กระบวนการ และ ขั้นตอนการตรวจราชการ ในต้นปี ๒๕๖๗

๒. ระบบการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ

๒.๑ การประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและแผนยุทธศาสตร์ด้านจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๑) รูปแบบประเมินผลงาน

๑.๑) แบ่งอำเภอประเมินผลงานตามขนาดเตียง รพ.

กลุ่ม ๑ : S, M๑, M๒ จำนวน ๘ แห่ง ได้แก่

ปากช่อง เทพรัตน์ พิมาย บัวใหญ่ สีคิ้ว หลวงพ่อกุณ ครบุรี โชคชัย

กลุ่ม ๒ : F๑, F๒(มากกว่า ๖๐ เตียง) จำนวน ๑๒ แห่ง ได้แก่

โนนสูง ปักธงชัย ชุมพวง สูงเนิน โนนไทย ประทาย จักราช คง ห้วยแถลง เสิงสาง
หนองบุญมาก ขามสะแกแสง)

กลุ่ม ๓ : F๒, F๓ จำนวน ๑๓ แห่ง ได้แก่

วังน้ำเขียว พระทองคำ ขามทะเลสอ แก้งสนามนาง ลำทะเมนชัย เมืองยาง โนนแดง
บ้านเหลื่อม เฉลิมพระเกียรติ สีดา บัวลาย เทพารักษ์ มุกคี่ร์วัน

๑.๒) การประเมินผล ประเมินเฉพาะเชิงปริมาณ ทั้ง รพช. สสอ. รพ.สต.

- ดูข้อมูลผ่าน HDC / ๔๓ แฟ้ม / อื่นๆ แล้วแต่ KPI

๒) ระยะเวลาการดำเนินการ ประเมิน ๒ ครั้ง/ปี

ประเมินครั้งที่ ๑ ใช้ผลงาน ๖ เดือน: ต.ค. ๖๖ - ๓๑ มี.ค. ๖๗

แจ้งผลการประเมินครั้งที่ ๑ พื้นที่ภายใน ๓๐ เม.ย. ๖๗

ประเมินครั้งที่ ๒ ใช้ผลงาน ๙ เดือน : ต.ค. ๖๖ - ๓๐ มิ.ย. ๖๗

แจ้งผลการประเมินครั้งที่ ๒ พื้นที่ภายใน ๓๑ ก.ค. ๖๗

๓) วิธีคิดคะแนน แยกประเมิน

- รพช. (** ให้กลุ่มงาน สสจ. ผู้รับผิดชอบ KPI เขียน Template ให้ รพ. พัฒนาเชื่อมโยงกับ สสอ. และ รพ.สต.)
- สสอ. แบ่งเป็น
 ๑. Functional Based : ประเมินการดำเนินงานของคปสอ.
 ๒. Policy based : การขับเคลื่อน พชอ. ๔+๑+๑
 ๓. Standards based and Organization development
: ประเมินผลจากตัวชี้วัดจ.นม. ที่เกี่ยวข้องกับสสอ. จำนวน ๑๙ ตัวชี้วัด

๔) ผลการประเมิน

ใช้ให้ระบบ อิงเกณฑ์

ประเมินรอบ ๒ ให้ระยะเวลาในการอุทธรณ์ ๒ สัปดาห์ (***)อุทธรณ์ได้ในรอบ๒

สัปดาห์ที่ ๑ ให้อำเภอตรวจสอบและยื่นอุทธรณ์

สัปดาห์ที่ ๒ ให้กลุ่มงานตรวจสอบความถูกต้อง

๒.๒ การประเมินระดับโครงการ ใช้ AFTER ACTION REVIEW (AAR)

ในปี ๒๕๖๗ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ขอให้หน่วยบริหารและหน่วยบริการในสังกัดทุกแห่งดำเนินงาน ประเมินผลงานโครงการ/แผนงานด้านสาธารณสุข โดยใช้ AFTER ACTION REVIEW (AAR) เพื่อสรุปผลและวางแผนในการพัฒนางาน

๒.๓ ประเมินผลเพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพ

- ๑. โดยใช้ระบบรายงาน HOSXP , HDC , ๔๓ แฟ้ม ,และระบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ
- ๒. การประเมินตัวชี้วัดสำคัญ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ จัดทำสรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

<i>รูปแบบการประเมินผล</i>	รายงานข้อมูลเป็นรายไตรมาส จากอำเภอมายังศูนย์ข้อมูล สสจ.นม		
<i>ระยะเวลาการรายงาน</i>	ไตรมาสที่ ๒	รายงานผลภายในเดือนมีนาคม	(๖ เดือน)
	ไตรมาสที่ ๓	รายงานผลภายในเดือนมิถุนายน	(๙ เดือน)
	ไตรมาสที่ ๔	รายงานผลภายในเดือนกันยายน	(๑๒ เดือน)

๓. สรุปวิเคราะห์จัดทำรายงานประจำปี

๑) สรุปข้อมูลพื้นฐาน ผลการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดนครราชสีมา โดยได้นำผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ชี้วัดแต่ละกิจกรรมในแผนงาน/โครงการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดรวมถึงงานสำคัญตามนโยบายของรัฐบาล

๒) รวบรวมการประเมินผลโครงการ/แผนงานเด่นของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โดยได้วิเคราะห์ถึงความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคในการพัฒนางาน เพื่อเผยแพร่ในการพัฒนางานสาธารณสุขและงานด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป



พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

KORAT MOPH

KORAT “องค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ”

Knowledge Organization	= องค์กรแห่งการเรียนรู้
Open Mind	= จิตบริการ
Role model & Respectable	= แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ
Achievement & RBM Model	= มุ่งผลสัมฤทธิ์
Team work	= ทำงานเป็นทีม

MOPH “ฝึกฝนและเป็นนายตนเอง สร้างสรรค์นวัตกรรม ยึดประชาชน เป็นศูนย์กลาง อ่อนน้อมถ่อมตน”

Mastery	= เป็นนายตนเอง
Originality	= เร่งสร้างสิ่งใหม่
People-center	= ใส่ใจประชาชน
Humility	= อ่อนน้อมถ่อมตน