



รายละเอียด

ตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
ประจำปีงบประมาณ 2565



คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ของกระทรวงสาธารณสุข ตามกรอบความเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี แผนแม่บทภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ประเทศไทย ๔.๐ นโยบายรัฐบาล การปฏิรูปด้านสาธารณสุข ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยแผนปฏิบัติราชการฉบับนี้ประกอบด้วย ๔ เรื่อง คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection:PP&P Excellence) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) เพื่อถ่ายทอดและสร้างความเข้าใจร่วมกันในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้แก่หน่วยงานในสังกัด

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จึงได้จัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕ ภายใต้กรอบ ๑๔ แผนงาน ๓๘ โครงการ และ ๖๕ ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ในกลุ่มงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่เกี่ยวข้องที่ได้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1
2	เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย	14
4	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	18
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	21
8	ประชากรจังหวัดเชียงใหม่มีความรอบรู้สุขภาพ	25
9	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	32
14	ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	40
16	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ	56
17	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	60
19	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	65
21	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	68
23	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	70
27	อัตราทายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	76
29	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	78
30	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	83
31	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	85
36	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m ² /yr	89
43	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	92
52	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	97
53	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	99
55	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	104
57	ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	109
58	ร้อยละของรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	112
59	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	116
63	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	134

ตัวชี้วัดระดับกลุ่มงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๕

ตัวชี้วัดที่	รายการตัวชี้วัด	หน้า
7	"ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ"	144
39	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	148
	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงติสมส่วน	150
	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงติสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	156
	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง	160
	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	163
	"ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)"	165
	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	167
	พระคิลานุปัฏฐากประจำวัด 1 รูป/ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	169
6	"ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน"	173

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย								
ลักษณะ	เชิงปริมาณ								
ระดับการวัดผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน								
คำนิยาม	<p>- การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>- การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริการ ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตาม การไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67							
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และมารดาหลังคลอดภายใน 42 วัน								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง รายงานตามแบบสำรวจการตายมารดาของกรมอนามัย (แบบรายงาน CE) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายแก่ศูนย์อนามัย ภายใน 7 วัน รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (Web รายงานการตาย สนย.) รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย 								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โรงพยาบาล แบบรายงานอนามัยแม่และเด็ก (แบบรายงานก1ก2) 								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาไทยตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน								

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	1. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปีละ 1 ครั้ง 2. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 3. จากรายงานการสอบสวนการตายของมารดา ทุกราย 4. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน 5. ฐานข้อมูล HDC ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2565 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
ปี 2566 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
ปี 2567 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	
วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย				
เอกสารสนับสนุน :	แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆถ้ามี)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	29.59 (2 ราย)	116.66 (7 ราย)	33.33 (2 ราย)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพทที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางทิวพร ผลวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพทที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com 3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ โทรศัพทที่ทำงาน : 053-211740 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																		
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย																		
ลักษณะ	Lagging Indicator																		
ระดับการวัดผล	อำเภอ																		
ชื่อตัวชี้วัด	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85																		
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์เมื่อ รู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้รับมาฝากครรภ์ทันทีโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน ๑๒ สัปดาห์																		
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95										
ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67																	
ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95																	
วัตถุประสงค์	1. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการ คลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 2. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ																		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์																		
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	รพ.สต./รพช./รพท. เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการทุกราย																		
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./รพช./รพท.																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขอายุครรภ์ ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขในช่วงเวลา เดียวกัน																		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																		
ระยะเวลา ประเมินผล	1.จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แพ้ม ทุก 3 เดือน																		
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2563 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </table> <p>ปี 2564 :</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90																

ปี 2565 ประเมินผล :		ทุก 3 เดือน			
เอกสารสนับสนุน	รอบ 3 เดือน	จากฐานข้อมูล 48 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ร้อยละ 95	จากรายงานร้อยละ 95	ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ	87.96	87.76	85.92
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางทิวาพร ผลวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com 3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)																		
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย																		
ลักษณะ	Lagging Indicator																		
ระดับการวัดผล	อำเภอ																		
ชื่อตัวชี้วัด	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80																		
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนอายุครรภ์ ครบ 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 13 ถึงน้อยกว่า 20 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 20 ถึงน้อยกว่า 26 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 26 ถึงน้อยกว่า 32 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 32 ถึง 40 สัปดาห์																		
หมายเหตุ: **อ้างอิงจาก 43 แฟ้ม	** หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย 1) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มารับบริการคลอด																		
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>80</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	80	90	90										
ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67																	
80	90	90																	
วัตถุประสงค์	1. ฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 2. จัดระบบการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลทุกแห่ง/รพ.สต.																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต./รพช./รพท. เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกราย																		
แหล่งข้อมูล	รพ.สต./รพช./รพท.																		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้งตามเกณฑ์ของการดูแลผู้ฝากครรภ์แนวใหม่ในช่วงเวลาที่กำหนด (นับที่ห้องคลอด)																		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																		
ระยะเวลาประเมินผล	1.จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน																		
เกณฑ์การประเมิน	<p>ปี 2565 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table> <p>ปี 2566 :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80																
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90																

ปี 2567 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ร้อยละ 90		ร้อยละ 90		ร้อยละ 90	
รอบ 12 เดือน		ร้อยละ 90			
วิธีการประเมินผล :	ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	1.จากรายงาน ก1ก2 2.จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	79.41	81.76	80.15
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางทิวพร ผลวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com 3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)									
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)									
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย									
ลักษณะ	Lagging Indicator									
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ									
ชื่อตัวชี้วัด	ลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์									
คำนิยาม	ภาวะโลหิตจาง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เจาะเลือดครั้งที่ ๒ ๑. มีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า ๑๐.๕ g/dl ในอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ ๒๘ สัปดาห์ (ไตรมาสที่ ๒) ๒. มีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า ๑๑ g/dl ในอายุครรภ์ ๒๘ สัปดาห์ ขึ้นไป									
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> </tr> <tr> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> </tr> </table>			ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	
ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67								
ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10								
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ เช่น ภาวะหัวใจทำงานหนัก 2. เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะทารกโตช้าในครรภ์ 3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด 									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต./รพช./รพท. เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีมารับบริการทุกราย									
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม, รายงาน ก1 ก2 (แบบรายงานบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่) ส่งรายงานทุก 3 เดือน									
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีโมโกลบิน < ๑๑ g/dl ใน ไตรมาสที่ ๑ และ ๓ และจำนวน หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า ๑๐.๕ g/dl ใน ไตรมาสที่ ๒									
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับบริการเจาะเลือดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$									
ระยะเวลาประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน 									
วิธีการประเมินผล :	ทุก 3 เดือน									
เอกสารสนับสนุน :	แบบรายงาน ก1ก2 (อื่นๆถ้ามี)									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.							
			2562	2563	2564					
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	ร้อยละ	12.57	11.65	10.22					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางทิวพร ผลวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่									

หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล(ระดับ จังหวัด)	1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
--	---

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ				
ชื่อตัวชี้วัด	ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด				
คำนิยาม	ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มาคลอด ณ สถานบริการสาธารณสุข และมีคะแนน Apgar Score ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67		
	ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ		
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานบริการสาธารณสุข ในการดูแลสตรี ในช่วงตั้งครรภ์ และในระหว่างการคลอด 2. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์ระหว่างคลอดและหลังคลอด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพช./รพท. เก็บข้อมูลจากทารกคลอดมีชีพทุกรายในสถานบริการ				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม, รายงาน ก1 ก2 (แบบรายงานบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่) ส่งรายงานทุก 3 เดือน				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีคะแนน Apgar Score ที่ ๑ นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1000$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน				
วิธีการประเมินผล :	ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	แบบรายงาน ก1ก2 (อื่นๆถ้ามี)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	อัตราส่วนทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	32.47	34.95	34.22

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)				
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย				
ลักษณะ	Lagging Indicator				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ				
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (Low Birth Weight)				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67		
	ไม่เกินร้อยละ 6	ไม่เกินร้อยละ 5	ไม่เกินร้อยละ 5		
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานบริการสาธารณสุข ในการดูแลสตรี ในช่วงตั้งครรภ์ และในระหว่างการคลอด 2. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพและพัฒนาการของทารกในครรภ์ระหว่างคลอดและหลังคลอด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดมีชีพทุกราย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพช./รพท. เก็บข้อมูลจากทารกคลอดมีชีพทุกรายในสถานบริการ				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม, รายงาน ก1 ก2 (แบบรายงานบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัดเชียงใหม่) ส่งรายงานทุก 3 เดือน				
รายการข้อมูล 1	A = ทารกแรกเกิดมีชีพมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมดที่ได้รับการชั่งน้ำหนักในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	1. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน				
วิธีการประเมินผล :	ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน :	แบบรายงาน ก1ก2 (อื่นๆถ้ามี)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	6.26	6.23	5.99
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางทิวพร ผลวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com				

	3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ โทรศัพทมือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	<p>- เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- <u>พัฒนาการสมวัย</u> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>การคัดกรองพัฒนาการ</u> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● <u>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ● <u>เด็กพัฒนาการล่าช้า</u> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85

*หมายเหตุ : ตัวชี้วัด Process ไม่ได้ใช้ประเมินผลลัพธ์ ใน ปี 2563 แต่มีผลต่อเป้าหมายนำมาแสดงเพื่อให้เห็นถึงกระบวนการทำงาน ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด Process*	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75

วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก

รายการข้อมูล 2	a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)								
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (ไม่สะสม)								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2563:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85						
ปี 2564:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85						
ปี 2565:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85						
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย								
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปรวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2562	2563	2564	
	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	เป้าหมาย	32,781	44,803	42,720	
		ผลงาน	31,835	38,085	32,621	
		ร้อยละ	95.85	85.01	76.36	
	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	เป้าหมาย	36,134	44,803	42,720	
		ผลงาน	32,781	39,575	34,299	
		ร้อยละ	90.70	88.33	80.29	
	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	เป้าหมาย	32,781	39,575	34,299	
		ผลงาน	11,191	12,684	9,704	
		ร้อยละ	34.14	32.05	28.29	
	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	เป้าหมาย	11,191	12,684	9,704	
		ผลงาน	9,998	11,366	8,118	
		ร้อยละ	89.34	90.15	84.16	
	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	เป้าหมาย	239	226	151	
		ผลงาน	96	144	118	
		ร้อยละ	40.17	63.72	78.15	
	หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 62 -64 กลุ่มเป้าหมายเด็ก 4 ช่วงอายุ 9,18, 30 ,42 และ 60 เดือน ปี 63 – 64 ดึงข้อมูล ณ 26 ตค. 2564					
	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0898382564 E-mail : Pattarin77@hotmail.com 2. นางจิปราณี ยิ้มยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0816741461 E-mail : Jiprane @hotmail.com 3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงค์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0813868698 E-mail : Maipatcha1404 @gmail.com				
	ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางจิปราณี ยิ้มยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0816741461 E-mail : Jiprane @hotmail.com 2. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงค์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0813868698 E-mail : Maipatcha1404 @gmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
ค่านิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน			
เกณฑ์เป้าหมาย : (อัตราต่อพัน)				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 23
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล 1	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล 2	ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	a = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)			
รายการข้อมูล 2	b = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากระบบ HDC = (a/b) X 1,000			
รายการข้อมูล 3 (adjusted)	A : ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B : อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4			

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 2	AXB				
ระยะเวลา ประเมินผล	1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565				
เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2563:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34	ไม่เกิน 34		
ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 27	ไม่เกิน 27		
ปี 2565:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25		
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ไม่เกิน 23	ไม่เกิน 23	ไม่เกิน 23	ไม่เกิน 23		
วิธีการประเมินผล :					
ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 3 เดือน					
เอกสารสนับสนุน :					
ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2562	2563	2564
	- อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ค่า adjusted (ฐานข้อมูลทะเบียน ราษฎร)	อัตราต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	29.03	27.57	27.02
	- การเฝ้าระวังอัตราการคลอดใน หญิงอายุ 15-19 ปีในระบบ HDC ฐานข้อมูล(ประชากรในเขตรับผิดชอบ จากการสำรวจ Type Area =1,3)	อัตราต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	19.20	17.44	14.21
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com				



	2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 081-973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433, 434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัดเชียงใหม่			
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan			
คำนิยาม	<p>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p>3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) <p>**** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา</p> <p>2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <p>2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p> <ul style="list-style-type: none"> - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ของสปสข. (ต่องบันทึก 2 ระบบ= LTC สปสข + LTC 3C) 			

	<ul style="list-style-type: none"> - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรมอนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและเป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป 			
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไป นับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2563:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	70	-	80
ปี 2564:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	80	-	85
ปี 2565:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	85	-	90
ปี 2566:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	90	-	95
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยและมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 			

หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)	นางสาวจिरานุช บุญยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรสาร : 0 5321 1740 สถานที่ทำงาน : กลุ่มวัยผู้สูงอายุ	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 082 619 2359 E - mail : jiranuchboonya31@gmail.com
---	--	---

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	8.ประชากรจังหวัดเชียงใหม่มีความรอบรู้สุขภาพ
คำนิยาม	<p>1. การดำเนินการความรู้สุขภาพ สำหรับปี 2565 ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพวิถีใหม่ 3อ.”</p> <p>2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>2.1 เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว</p> <p>2.2 เข้าใจ ด้วยการ screening & assessment จากเครื่องมือคัดกรองและรายงานผลในระบบออนไลน์</p> <p>2.3 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยก้าวทำใจ ฯลฯ</p> <p>1 คนรอบรู้ = register + screening & assessment + Adjust Behavior</p> <p>2. คน หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบ Application ก้าวทำใจ</p> <p>3. บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ 134,798 คน
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อสร้างความรู้ด้วย Digital Health literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย 3อ. ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น</p> <p>2. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องการรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนคนรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ</p> <p>3. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน</p> <p>4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในระยะยาว</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรจังหวัดเชียงใหม่ โดยเน้น 3 setting ต่อไปนี้</p> <p>1. ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ</p> <p>2. ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบทผ่านการสมัครโดยตรง หรือ อสม.</p> <p>3. นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา</p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การลงทะเบียนสร้างเสริมความรอบรู้วิถีใหม่ 3อ. ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติใน Application ก้าวทำใจ และกรมอนามัยจะประมวลผลเพื่อจัดทำเป็น Dashboard โดยสามารถระบุได้ตามศูนย์อนามัยเขต รายจังหวัดและรายอำเภอ มีขั้นตอนการใช้ Application ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) ขั้นตอนดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. เข้า https://activefam.anamai.moph.go.th/ หรือ https://www.kaotajai.com/login เลือก ลงทะเบียน 2. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code  <p>LINE @THNVR</p> <p>การรายงานในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงานสุขภาพดี ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) มีขั้นตอนดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 เข้า https://activefam.anamai.moph.go.th/ หรือ https://www.kaotajai.com/login เลือก ลงทะเบียน 1.2 ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code  <p>LINE @THNVR</p>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคนที่ลงทะเบียน								
รายการข้อมูล 2	-								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A								
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2565:									
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="240 1491 557 1541">รอบ 3 เดือน</th> <th data-bbox="557 1491 873 1541">รอบ 6 เดือน</th> <th data-bbox="873 1491 1189 1541">รอบ 9 เดือน</th> <th data-bbox="1189 1491 1469 1541">รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="240 1541 557 1610">-</td> <td data-bbox="557 1541 873 1610">99,751</td> <td data-bbox="873 1541 1189 1610">107,838</td> <td data-bbox="1189 1541 1469 1610">134,798</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	99,751	107,838	134,798
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	99,751	107,838	134,798						
(*อ้างอิงจากข้อมูล สถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร เดือนธันวาคม 2563: สืบค้นเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2564)									
วิธีการประเมินผล	รายงานผลการลงทะเบียนจากเว็บไซต์โครงการก้าวทำใจ								
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. Digital Health Platform ก้าวทำใจ ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชน 2. ชุดสื่อการส่งเสริมการออกกำลังกาย และส่งเสริมประชาสัมพันธ์ผ่าน Digital Platform ก้าวทำใจ 								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
		จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	ครอบครัว/คน	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวธัญพัชร เตชะอุ่น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 064-9429859 โทรสาร : 053-211740 E-mail : thanyaphat_d@hotmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ			
คำนิยาม	วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./ รพช./ รพท. และ รพ.สต. ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ตรม. โดยคำนวณจาก น้ำหนัก (กก.) / ส่วนสูง (ตรม.) ผู้นำด้านสุขภาพ (Health leader) ผู้ที่มีความสามารถเปลี่ยนแปลงตนเองและสามารถกระตุ้นให้บุคคลอื่นๆในชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ด้านการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพ			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 51			
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของประชาชนวัยทำงานให้มีสุขภาพดี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนชนวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	Health data center (HDC)			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีดัชนีมวลกายปกติที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปี 0 เดือน 0 วัน – 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 49
	ปี 2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 50
	ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 51

วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลในระบบHDCกับค่าเป้าหมาย							
เอกสารสนับสนุน :	1.โรคอ้วนลงพุง		7.ออกกำลังกายในคนอ้วน					
	2.พิชิตอ้วน พิชิตพุง		8. แนวทางการสร้างผู้นำสุขภาพ					
	3. ดูแลหุ่นสวยด้วยตนเอง		9. เดินขึ้นบันไดโอกาสทองของสุขภาพ					
	4. ขยับกับกิน		10.องค์ความรู้ ทฤษฎีการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ					
	5. กินผักชะลอวัย หุ่นสวยหน้าใส		11. ออกกำลังกายในวัยทำงาน					
	6. ประชุมได้ผล คนได้สุขภาพ		12. การเดินนี้ไซ้ ไม่ใช่ธรรมดา					
	สามารถดาวโหลดได้ที่ www.dopah.anamai.moph.go.th http://nutrition.anamai.moph.go.th							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					
			59	60	61	62	63	64
	วัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	49.46	48.38	47.12	46.26	44.11	43.77
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางสาวธัญพัชร เตชะอุ่น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 064-9429859 โทรสาร : 053-211740 E-mail : thanyaphat_d@hotmail.com							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่							

ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 25 -59 ปีที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพ โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			
ประเด็นยุทธศาสตร์	ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์			
เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์	วัยทำงานสุขภาพแข็งแรง ฉลาดรอบรู้ และเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ			
หน่วยงานเจ้าภาพ/ รับการประเมิน	จังหวัด			
ค่านิยาม	<p>- วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 25 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./รพช./ รพท. และ รพ.สต</p> <p>- พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำการปฏิบัติ และการแสดงออกที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การกินผักวันละ 5 ทัพพี เป็นประจำ ● การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาที ต่อสัปดาห์ ● การนอนวันละ 7-9 ชั่วโมง เป็นประจำ ● การแปรงฟันก่อนนอนทุกวัน 			
กลุ่มเป้าหมาย	วัยทำงานอายุ 25-59 ปี			
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 50			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมโดยการทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานผ่าน application H4U			
แหล่งข้อมูล	Mobile Application H4U			
รายการข้อมูล	<p>A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานผ่าน application H4U และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานผ่าน application H4U ทั้งหมด</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์(A/B) x 100			
ระยะเวลา ประเมินผล	ประเมินผลปีละ 1 ครั้ง			
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2563:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 30
	ปี 2564:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 40
	ปี 2565:			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายโดยใช้ข้อมูลจาก web application			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ	
			63	64
	ประชาชนวัยทำงาน อายุ 25-59 ปี มีพฤติกรรมการสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	28.27	34.44
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวธัญพัชร เตชะอุ่น นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 094-2963697 โทรสาร : 053-211740 E-mail : thanyaphat_d@hotmail.com</p>			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่			

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการ แสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง <p>(อ้างอิง : บวรศม สิริระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (25 อำเภอ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 25 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมินUCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>	<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p>	<p>1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 7 หมื่นคน</p>	

ปี 2566:												
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9เดือน		รอบ 12เดือน						
<p>1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมินUCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด</p>		<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามพื้นที่ที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</p>		<p>1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต</p>		<p>1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</p> <p>ร้อยละ 80</p> <p>2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 8 หมื่นคน</p>						
<p>วิธีการประเมินผล :</p>		<p>1. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น</p> <p>2. มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน</p> <p>3. มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง</p> <p>4. มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน</p> <p>5. มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต</p>										
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>		<p>1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>2. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</p> <p>4. แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p>										
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>		<p>Baseline data</p> <p>25 อำเภอ</p>	<p>หน่วยวัด</p> <p>ร้อยละ (อำเภอ)</p>	<p>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 88.00 (22 อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ 92.00 (23 อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ100 (25 อำเภอ)</td> </tr> </tbody> </table>			2562	2563	2564	ร้อยละ 88.00 (22 อำเภอ)	ร้อยละ 92.00 (23 อำเภอ)	ร้อยละ100 (25 อำเภอ)
2562	2563	2564										
ร้อยละ 88.00 (22 อำเภอ)	ร้อยละ 92.00 (23 อำเภอ)	ร้อยละ100 (25 อำเภอ)										

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 061 5464290 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : jirathum@gmail.com
	2. นางสาวกรวิการ์ ชัยฉกรรจ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : yamkornwika.y@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 061 5464290 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : jirathum@gmail.com 2. นางสาวกรวิการ์ ชัยฉกรรจ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : yamkornwika.y@gmail.com

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 75 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต พขอ. ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง จำนวน 10 ล้าน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พขอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม

3	<p>ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม</p> <p><i>(ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน)</i></p> <p><i>(การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)</i></p>
4	<p>มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น</p> <p><i>(การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)</i></p>
5	<p>มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร</p> <p><i>(การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)</i></p>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกันเป็นโครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาคส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ ร่วมเป็นทีมในทุกประเด็นการพัฒนาคูณภาพชีวิต	<i>การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการ พชอ. หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วนท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีนายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ</i>
Customer Focus	มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการ ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และพัฒนารับรู้ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ถูกนำมาบูรณาการกับระบบต่างๆ จนทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วนร่วม	<i>ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย หมายถึงประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา ที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข</i>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ <u>ชุมชน และภาคีภาค ส่วน</u> มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการในการ <u>พัฒนาคุณภาพชีวิต</u> ในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้าง เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมีส่วนร่วม <u>ร่วม ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ</u> และมีการขยายวงได้ค่อนข้าง <u>ครอบคลุม</u>	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการพัฒนา <u>คุณภาพชีวิต</u> และมีการ <u>ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ</u> มีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วม <u>ดำเนินการ</u> อย่างครบวงจร รวมถึงการ ประเมินผล จนร่วม <u>เป็นเจ้าของการ</u> ดำเนินงานพัฒนา <u>คุณภาพชีวิต</u>	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการ <u>ดูแล พัฒนา และ สร้างความพึงพอใจ</u> ของคณะกรรมการ พขอ.	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึง <u>พอใจของบุคลากร</u> เพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ คณะกรรมการ พขอ.ให้ สอดคล้องกับบริบทของ <u>พื้นที่</u>	คณะกรรมการ พขอ. มีการเรียนรู้ <u>ทบทวน</u> กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของ คณะกรรมการ พขอ. ให้สอดคล้องกับ <u>บริบทของพื้นที่</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> คณะกรรมการ พขอ. มีความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u> และเกิด <u>ความผูกพัน</u> ในงานร่วมกัน	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พขอ.มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ได้รับมอบหมาย ด้วย <u>ความมุ่งมั่น</u> เพื่อให้บรรลุ <u>พันธกิจที่กำหนดไว้</u>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวางแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และ พัฒนา คณะกรรมการ พขอ ร่วมกัน เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนา คณะกรรมการพขอ. ร่วมกัน ในบาง ประเด็น หรือบาง ระบบ	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกันอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย	มีการทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาคณะกรรมการ ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย ของคณะกรรมการ พขอ. (ไม่มีกำแพง) และมีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบสุขภาพชุมชน ที่ยั่งยืน	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงานร่วมกัน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ตาม บริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหา	มีการจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามบริบท ตาม ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่ครอบคลุม	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต มีการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต แบบ บูรณาการร่วมกับ ประชาชน ชุมชน ภาคีภาคส่วนที่ เกี่ยวข้อง	<i>Essential Care</i> หมายถึง การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของ คณะกรรมการ พขอ.

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	14) ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
คำนิยาม	<p>1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>2. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หมายถึง การดำเนินการของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 10 ประเด็น โดยวัดผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด 10 ประเด็น (10 ตัวชี้วัดย่อย) และในระดับอำเภอ 4 ประเด็น (4 ตัวชี้วัดย่อย) รายละเอียดตามหัวข้อเกณฑ์การประเมิน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) พัฒนาระบบเฝ้าระวังและกระบวนการคัดกรองโรคในผู้เดินทางระหว่างประเทศ ช่องทาง เข้าออกประเทศ (กรม คร.) 2) ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรม คร.) 3) การถอดบทเรียนการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรม คร.) 4) มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ (กรม คร.) 5) ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน (กรม วพ.) 6) ประเมินมาตรการ DMHTTA (หน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย) (กรม อ.) 7) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ (กรม สจ.) 8) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีอาการไม่รุนแรง (สีเขียว) ที่ได้รับยาฟ้าทะลายโจร (กรม พท.) 9) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สีเขียว) ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร (กรม พท.) 10) แผนรองรับภาวะฉุกเฉินฉบับปรับปรุง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (สธฉ.สป.) <p>3. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและกระบวนการคัดกรองโรคในผู้เดินทางระหว่างประเทศ ช่องทาง เข้าออกประเทศ หมายถึง ดำเนินการตามประกาศกระทรวงภายใต้ พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558 คัดกรองโรคในผู้เดินทางระหว่างประเทศตามกระบวนการคัดกรองอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ คือ (1) คัดกรองทาง Clinical อาการ/อาการแสดง และอุณหภูมิร่างกาย หรือ (2) คัดกรอง ด้วย RT-PCR หรือ Rapid Antigen test และ (3) ตรวจสอบเอกสารการได้รับอนุญาตเข้ามาในราชอาณาจักร (4) ตรวจสอบ Vaccine Certificate โดยรายงานข้อมูลตามชุดข้อมูลพื้นฐาน (Minimum data set) และผลการคัดกรองผ่านระบบ Electronic มายังกรมควบคุมโรค</p>

4. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ประชากรทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติที่อาศัยอยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างน้อยร้อยละ 70

5. ถอดบทเรียน หมายถึง การทบทวนการตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในปี 2564 ให้ครอบคลุมประเด็น Staff-Staff-System

6. มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ หมายถึง การแสดงข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำไปตัดสินใจในการบัญชาการเหตุการณ์ได้ทันเวลา ซึ่งประกอบด้วย

1) ข้อมูลสถานการณ์โรค เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในประชาชน และผู้กักกันตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ

2) การจัดการด้าน EOC เช่น ข้อมูลบุคลากร (Staff) จำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) การบริหารจัดการสรรวัคซีนป้องกันโควิด-19 ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward เป็นต้น

3) สถานการณ์โรค และการจัดการข้อมูลผู้เดินทางระหว่างประเทศ 3 ช่องทาง ได้แก่ ทางบก ทางอากาศ และทางน้ำ

7. ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน หมายถึง จำนวนห้องปฏิบัติการตรวจเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ได้ใน 1 วัน เป็นการตรวจพันธุกรรมด้วยวิธี RT-PCR

ยกเว้น

1) กรณีผลกำกวม อาจมีการส่งต่อห้องปฏิบัติการอื่น ซึ่งจะใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง โดยมีการประสานรายงานเบื้องต้นไปก่อน

2) กรณีเฝ้าระวังหรือการตรวจตามนโยบายอื่นๆ ที่ส่งผลให้มีจำนวนตัวอย่างมาครั้งละมากๆ เกินขีดความสามารถในการบริการปกติ

8. ประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย หมายถึง ประชาชนที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีคนรวมตัวกัน/สถานที่แออัด เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 มากกว่าร้อยละ 85 และมีการประเมินมาตรการ DMHTTA

9. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการประเมินและคัดกรองด้านสุขภาพจิต ใน 4 ประเด็นปัญหา (S_t B_{urnout} S_{uicide} D_{epression}) ได้แก่ ภาวะเครียด (stress) ภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide) และภาวะซึมเศร้า (depression) จากการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วยการค้นหา คัดกรองเชิงรุก (Active Screening) จาก Application Mental Health Check-in และมีผลคะแนนจากการประเมิน/คัดกรอง ดังนี้

1) แบบประเมินความเครียด (ST-5) ≥ 8 คะแนน

2) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ≥ 7 คะแนน หลังผลการประเมิน 2Q เป็นบวก

3) แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ≥ 1 คะแนน

4) แบบประเมินภาวะหมดไฟ (Burnout) ≥ 3 คะแนน

	<p>ได้รับการดูแล และเยียวยาจิตใจ ตามกระบวนการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจที่มีหลักฐานทางวิชาการ เช่น การปฐมพยาบาลด้านจิตใจ (PFA) การให้คำปรึกษา การช่วยเหลือจิตใจในภาวะวิกฤต (Crisis Intervention) Grief counselling Satir เป็นต้น รวมถึงการส่งพบจิตแพทย์ หรือระบบบริการตามปัญหาสุขภาพจิตที่พบ โดยมีช่องทางการให้บริการด้านสุขภาพจิต ทั้งระบบออนไลน์และระบบปกติ หรือการประสาน ส่งต่อแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตามปัญหาของแต่ละบุคคล</p> <p>10. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สีเขียวก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับการดูแลสุขภาพด้วยองค์ความรู้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร เพื่อช่วยในการฟื้นฟูร่างกายจากพยาธิสภาพของ COVID-19 (Long COVID) เช่น เหนื่อยล้า หายใจลำบาก วิตกกังวลและซึมเศร้า ภาวะสมองล้า เป็นต้น</p> <p>11. แผนรองรับภาวะฉุกเฉินฉบับปรับปรุง เพื่อเตรียมความพร้อมในการเผชิญเหตุเพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข</p> <p>1) แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) หมายถึง แผนเตรียมความพร้อม องค์กรให้สามารถรับมือสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในการป้องกัน ตรวจสอบ และตอบสนองต่อสถานการณ์วิกฤติที่ เพื่อลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจขององค์กร</p> <p>2) แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละช่วงเวลา ปฏิบัติการ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ หาระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อม และตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	-	ระดับดีมาก ร้อยละ 100 (จังหวัด เชียงใหม่ โดย 25 อำเภอ)	ระดับดีมาก ร้อยละ 100 (จังหวัด เชียงใหม่ โดย 25 อำเภอ)	ระดับดีมาก ร้อยละ 100 (จังหวัด เชียงใหม่ โดย 25 อำเภอ)
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อให้จังหวัดมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)</p> <p>2) เพื่อควบคุมอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทั้งจังหวัดต่ำกว่าร้อยละ 1.55</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกสัญชาติ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>กรมควบคุมโรค : ดำเนินการ 5 ประเด็นดังนี้</p> <p>1. กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักโรค :</p> <p>1) ด่านฯ (พรมแดนทางบก เรือ อากาศยาน) รายงานข้อมูลผู้เดินทางระหว่างประเทศ</p> <p>2) ด่านฯอากาศยานคือข้อมูลลงฐานข้อมูล COSTE Screening</p>			

	<p>3) สถานที่กักกันรายงานข้อมูลในโปรแกรม COSTE (COVID Surveillance Tracking & Evaluation)</p> <p>4) ผู้เดินทางระหว่างประเทศลงทะเบียนขอรับหนังสือรับรองการเดินทางกลับประเทศไทย</p> <p>2. กองโรคติดต่อทั่วไป : ติดตามการได้รับวัคซีนจากระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Moph Immunization Center)</p> <p>3. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน : จัดเก็บผ่านกลไกตัวชี้วัดคำรับรองฯ กรมควบคุมโรค</p> <p>4. ศูนย์สารสนเทศ : มี Realtime Dashboard เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บัญชาการเหตุการณ์ ในการกำหนดนโยบาย มาตรการป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ข้อมูลสถานการณ์โรค, การจัดการด้าน EOC และการจัดการข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศ โดยแสดงความสัมพันธ์ตามกรอบการวิเคราะห์ข้อมูล 5 มิติ (Determinants, Behaviors/Risk, Program Response, Morbidity/Mortality และ Event-Based Surveillance) โดย</p> <p>1. ข้อมูลสถานการณ์โรค เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยติดเชื้อสะสม ผู้ป่วยติดเชื้อที่รักษาอยู่ ผู้ป่วยติดเชื้อที่กลับบ้าน ผู้ป่วยติดเชื้อที่เสียชีวิต ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ในประชาชน และผู้กักกันตัวในสถานกักกันโรคแห่งรัฐ</p> <p>2. การจัดการด้าน EOC เช่น ข้อมูลบุคลากร (Staff) จำนวนบุคลากรที่เข้าเกณฑ์ PUI ข้อมูลทรัพยากร (Stuff) การบริหารจัดการสรรวัคซีนป้องกันโควิด-19 ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา จำนวนห้อง AIIR, Isolate room, Cohort ward เป็นต้น</p> <p>3. การจัดการข้อมูลผู้เดินทางเข้าประเทศ 3 ช่องทาง ได้แก่ ทางบก ทางอากาศ และทางน้ำ</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ : ห้องปฏิบัติการที่ใช้ระบบ CO-LAB ครบถ้วนตามขั้นตอนที่กำหนด ใช้ข้อมูลจาก CO-LAB</p> <p>กรมอนามัย : ประชาสัมพันธ์ สื่อสารให้ประชาชนร่วมตอบแบบสำรวจออนไลน์ อนามัยโพล : การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด 19 โดยเข้าถึงแบบสำรวจได้ 2 ช่องทาง คือ</p> <p>1) Platform “Thai stop COVID” ที่เว็บไซต์ https://stopcovid.anamai.moph.go.th/webapp/more_news.php?cid=26</p> <p>2) Link แบบสำรวจออนไลน์โดยตรงบนหน้าเว็บไซต์ https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll-covid?authuser=0 พร้อมแสดงผลการสำรวจออนไลน์แบบ Dashboard ระดับประเทศ เขต และจังหวัด</p> <p>กรมสุขภาพจิต : ติดตามผ่าน Dashboard ข้อมูลการติดตามกลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in บนหน้าเว็บไซต์ https://datastudio.google.com/u/0/reporting/48c35429-9361-4a4f-87a9-6afcc7767f67/page/7XI4B</p> <p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก :</p> <p>1) ระบบ Fah First Aid ประกอบด้วย 1. จำนวนผู้ใช้บริการ 2. จำนวนผู้ลงทะเบียน 3. เพศ สถานะ และ 4. จำนวนการจัดส่งยาฟ้าทะลายโจร</p> <p>2) โปรแกรมการติดตามผู้ป่วย HI TTM ประกอบด้วย 1. การชั่งประวัติ 2. การจ่ายยา 3. การปรึกษา ผ่านวีดีโอคอล (ตัวต่อตัว) และ 4. การรายงานผล</p>
--	--

	<p>สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดย กองสาธารณสุขฉุกเฉิน : แบบฟอร์มแผนประกอบกิจการ (Business Continuity Planning : BCP) และแบบฟอร์มแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) และส่งรายงานภายในไตรมาสที่ 2 โดยจัดส่งรายงานมาที่ E-mail : epidcm@gmail.com</p>
แหล่งข้อมูล	<p>กรมควบคุมโรค :</p> <p>1. กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค :</p> <p>1) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ บก เรือ อากาศ ฐานข้อมูล https://qt8.moph.go.th/th/login</p> <p>2) COSTE Screening https://screening360.coste.life/</p> <p>3) COSTE (COVID Surveillance Tracking & Evaluation) <u>Coste : Covid-19</u></p> <p>4) ฐานข้อมูลทะเบียนขอรับหนังสือรับรองการเดินทางกลับประเทศไทย</p> <p>2. กองโรคติดต่อทั่วไป : ระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Moph Immunization Center)</p> <p>3. กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน : รายงาน SAR</p> <p>4. ศูนย์สารสนเทศ :</p> <p>1) ทะเบียนผู้ป่วยยืนยัน COVID-19 : กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)</p> <p>2) ระบบ COE : กระทรวงการต่างประเทศ</p> <p>3) ระบบ PNR : กองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค</p> <p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ :</p> <p>1) ระบบ CO-LAB</p> <p>2) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข (หลัก)</p> <p>3) กองการแพทย์จีโนมิกส์และสนับสนุนนวัตกรรม</p> <p>4) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ทุกแห่ง</p> <p>กรมอนามัย : กรมอนามัย (ส่วนกลาง) ศูนย์อนามัยทั้ง 12 เขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง ร่วมกันดำเนินการและสรุปรายงานผลการสำรวจอนามัยโพล: พฤติกรรมการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยของประชาชน โดยเข้าถึงข้อมูลผลการสำรวจได้ที่ https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll-covid?authuser=0</p> <p>กรมสุขภาพจิต : ทีม MCATT ในเขตสุขภาพ ร่วมกับทีม MCATT กรมสุขภาพจิต (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1-13 และสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช ที่รับผิดชอบพื้นที่ในเขตสุขภาพเดียวกัน) ร่วมกันดำเนินการและบันทึกรายงานผลการดำเนินงานติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในระบบติดตามกลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in</p> <p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก :</p> <p>1) ระบบ Fah First Aid</p> <p>2) โปรแกรมการติดตามผู้ป่วย HI TTM</p> <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน : รายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด</p> <p>สสจ.เชียงใหม่ :</p> <p>ระบบบัญชาการ ICS สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สสจ.เชียงใหม่ และศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระดับอำเภอ ทุกแห่ง</p>

รายการข้อมูล 1	จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง 4 ประเด็น (4 ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมิน และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก								
รายการข้อมูล 2	จำนวนอำเภอทั้งหมด								
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ครบทั้ง 4 ประเด็น (4 ตัวชี้วัดย่อย) และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก * 100 / จำนวนอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 - 4								
เกณฑ์การประเมิน :	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	ระดับ		เป้าหมายดำเนินการ			
				จังหวัด	อำเภอ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	1	ร้อยละผู้เดินทางระหว่างประเทศและผู้เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคและผู้ป่วยยืนยันถูกส่งเข้าระบบป้องกันควบคุมโรค (แยกกัก/กักกัน)	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	2	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5	✓	-	-	-	-	✓
	3	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรร	5	✓	-	✓	✓	✓	✓
	4	มีการถอดบทเรียนการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5	✓	-	-	✓	-	-
	5	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	5	✓	-	✓	-	-	-
	6	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	7	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	5	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	8	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	5	✓	✓	-	✓	-	✓
9	ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สีเขียวก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร	5	✓	-	-	-	-	✓	

10	มีแผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) และแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ฉบับปรับปรุงรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5	√	-	√	√		
	คะแนนเต็ม	50	50	20				

สูตรคำนวณระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด 11 ตัวชี้วัดย่อย (ระดับประเทศ) และ 4 ตัวชี้วัดย่อย (ระดับจังหวัด) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับ	คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ (คะแนน)		
		ปานกลาง	ดี	ดีมาก
จังหวัด	50	1.00 – 18.33	18.34 - 36.66	36.67 – 50.00
จังหวัด	20	1.00 - 6.66	6.67 - 13.33	13.34 - 20.00

- การดำเนินงานตามกิจกรรมหลัก โดยมีช่วงคะแนนของแต่ละประเด็น 1 - 5 คะแนน ระดับจังหวัดมีคะแนนเต็ม 50 คะแนน และระดับจังหวัดมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน
- กำหนดระดับความสำเร็จการดำเนินงาน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปานกลาง ระดับดี และระดับดีมาก
- นำคะแนนรวมของทุกประเด็น มาแบ่งช่วงคะแนนโดยนำคะแนนเต็ม หารด้วย 3 ระดับ จะได้คะแนนเฉลี่ยเท่ากัน แบ่งเป็น 3 ช่วง ดังตารางข้างต้น

จังหวัด : รอบ 3 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรร	-	-	-	-	≥ 70
3	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	-	-	-	-	มี Real time Dashboard ที่แสดงความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค
4	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน ตามแผนที่วางไว้	-	-	-	-	ร้อยละ 30
5	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
6	มีแผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) และแผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ฉบับปรับปรุงรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	43 จังหวัด	50 จังหวัด	60 จังหวัด	70 จังหวัด	76 จังหวัด และ กทม.

จังหวัด : รอบ 6 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรร	-	-	-	-	≥ 70
3	มีการถอดบทเรียนการเตรียมพร้อมและตอบโต้การ	-	-	-	-	มีผลการถอดบทเรียนฯ

	ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019					ครอบคลุม ประเด็น 3S
4	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัด สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน ตามแผนที่วางไว้	-	-	-	-	ร้อยละ 50
5	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
6	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55
7	มีแผนประกอบกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) และ แผนเผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ฉบับปรับปรุงรองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	43	50	60	70	76 และ กทม.

จังหวัด : รอบ 9 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรร	-	-	-	-	≥ 70
3	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัด สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน ตามแผนที่วางไว้	-	-	-	-	ร้อยละ 80
4	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

จังหวัด : 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	30	40	50	60	≥ 70

3	ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรร	-	-	-	-	≥ 70
4	ห้องปฏิบัติการทุกจังหวัดสามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน ตามแผนที่วางไว้	-	-	-	-	ร้อยละ 100
5	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
6	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80
7	ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (สีเขียวก) ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30

อำเภอ : รอบ 3 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการกักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90
3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

อำเภอ : รอบ 6 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการกักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85

	4	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	≤ ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55
อำเภอ : รอบ 9 เดือน							
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1		ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการกักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2		จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3		ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
อำเภอ : 12 เดือน							
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1		ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการกักกัน	< ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90
2		จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	≤ ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
3		ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	≤ ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 85
4		ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	≤ ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล :	จังหวัด :						
	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน			หน่วยงานรับผิดชอบ	
1		ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการกักกัน	รวบรวมข้อมูลรายงานจากแหล่งข้อมูลและวิเคราะห์ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดภาพรวม			ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ สคร. 1 และกลุ่มงาน คร. สสจ.	
2		ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (Moph Immunization Center)			กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ สสจ.	
3		ร้อยละของประชากรที่อยู่ในราชอาณาจักรไทยได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา					

		2019 ตามจำนวนที่ได้รับบริการ จัดสรร		
4	มีการถอดบทเรียนการ เตรียมพร้อมและตอบโต้การ ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019	กรมควบคุมโรคดำเนินการถอด บทเรียนในภาพรวม และครอบคลุม ประเด็น 3S	กลุ่มงาน คร.สสจ.	
5	มี Real time Dashboard สำหรับผู้บริหารตัดสินใจ	สามารถดึงรายงานข้อมูลจากระบบที่ ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน สามารถ แสดงผลเพื่อการกำหนดนโยบายใน การบริหารจัดการในระดับประเทศได้	กลุ่มงาน คร.สสจ.	
6	ร้อยละของห้องปฏิบัติการที่ สามารถแจ้งผลตรวจการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	สรุปข้อมูลระดับจังหวัดที่รายงาน	กลุ่มงาน คร.สสจ.	
7	ร้อยละของประชาชนสวม หน้ากากผ้าหรือหน้ากาก อนามัย	รวบรวมผลสำรวจออนไลน์ “อนามัย โพล” ในระบบ THAI STOP COVID	กลุ่มงาน คร.สสจ./ กลุ่มงานปฐมภูมิฯ	
8	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยง ภายใต้สถานการณ์ COVID- 19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	รวบรวมข้อมูลผ่าน ข้อมูลการติดตาม กลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in	กลุ่มงานสุขภาพจิตฯ	
9	ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (สีเขียว) ได้รับ การฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์ แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร		กลุ่มงานแพทย์แผน ไทยฯ	
10	แผนประคองกิจการ (Business Continuity Planning :BCP) และแผน เผชิญเหตุ (Incident Action Plan: IAP) ฉบับปรับปรุง รองรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโร นา 2019	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำ จังหวัดจัดทำแผนประคองกิจการ และแผนเผชิญเหตุ ฉบับปรับปรุง เอกสารหลักฐาน แผนประคองกิจการ และแผนเผชิญ เหตุ ฉบับปรับปรุง	กลุ่มงาน คร.สสจ./ กล่องภาระกิจPlaning	

อำเภอ :		ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ	
		1	ร้อยละของผู้เดินทางระหว่างประเทศที่เข้ารับการแยกกัก/กักกัน	รวบรวมข้อมูลรายงานจากแหล่งข้อมูลและวิเคราะห์ค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของพื้นที่จังหวัดรับผิดชอบ	สคร. 1	
		2	จำนวนตัวอย่างที่แจ้งผลตรวจการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ใน 1 วัน	ห้องปฏิบัติการส่งรายงานสรุปให้กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยใช้ข้อมูลจากระบบ CO-LAB <u>เอกสารหลักฐาน</u> รายงานผลจากระบบ CO-LAB	กลุ่มงาน คร.สสจ.	
		3	ร้อยละของประชาชนสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย	จังหวัด และศูนย์อนามัย ประเมินติดตามและเข้าถึงผลการสำรวจอนามัยโพลได้ที่ https://sites.google.com/view/hia-surveillance/anamai-poll-covid?authuser=0 <u>เอกสารหลักฐาน</u> รายงานผลการสำรวจอนามัยโพล	กลุ่มงาน คร.สสจ./ กลุ่มงานปฐมภูมิฯ	
		4	ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 เข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการเยียวยาจิตใจ	รวบรวมข้อมูลผ่าน ข้อมูลการติดตามกลุ่มเสี่ยง จากโปรแกรม Mental Health Check-in	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ	
เอกสารสนับสนุน :	1. กรอบการถอดบทเรียน 2. คู่มือการใช้งานระบบ CO-Lab					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
					2562	2563
ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)				ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ 2564	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กรมควบคุมโรค 1. แพทย์หญิงวรยา เหลืองอ่อน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3160 โทรสาร : 0 2590 8432 ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป โทรศัพท์มือถือ : 089 923 7194 E-mail : - 2. นายแพทย์จักรรัฐ พิทยาวงศ์อานนท์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3800 โทรสาร : 0 2590 3845 ผู้อำนวยการกองระบาดวิทยา โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 063 234 5152 E-mail : Chakkrarat@gmail.com 3. นายแพทย์สุวิช ธรรมปาโล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3008 โทรสาร : 0 2965 9569 ผู้อำนวยการกองด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศและกักกันโรค โทรศัพท์มือถือ : E-mail : -					

<p>4. นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3155 โทรสาร : 0 2589 2515</p>	<p>ผู้อำนวยการกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะ ฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 081 844 5468 E-mail : chawetsan@gmail.com</p>
<p>5. นายแพทย์ยงเจือ เหล่าศิริถาวร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 3093 โทรสาร : 0 2965 9576</p>	<p>ผู้อำนวยการศูนย์สารสนเทศ โทรศัพท์มือถือ : 081 811 3615 E-mail : yongjua@gmail.com</p>
<p>กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์</p>	
<p>นางพิไลลักษณ์ โอภาตะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2951 0000 ต่อ 99305 โทรสาร : -</p>	<p>นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : pilailuk.o@dmsc.mail.go.th</p>
<p>กรมอนามัย</p>	
<p>นางนภวรรณ นันทพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 4342 โทรสาร : 0 2590 4356</p>	<p>ผู้อำนวยการกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 08 1935 5819 E-mail : napapann@yahoo.com</p>
<p>กรมสุขภาพจิต</p>	
<p>ผู้อำนวยการกองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 207 ต่อ 55207 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th</p>	
<p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>1. นายแพทย์จักรวาล เผือกคง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2149 5648 โทรสาร : 0 2149 5648</p>	<p>ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย โทรศัพท์มือถือ : 087 571 5566 E-mail : dr.dokdin@gmail.com</p>
<p>2. ดร.ภก.ปรีชา หนูทิม โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : -</p>	<p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ผสมผสาน โทรศัพท์มือถือ : 085 485 6911 E-mail : preecha.nootim@gmail.com</p>
<p>3. นายแพทย์เทวัญ ธานีรัตน์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2591 7007 ต่อ 2702 โทรสาร : -</p>	<p>ผู้อำนวยการกองการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 064 592 2990 E-mail : tewantha@gmail.com</p>
<p>4. ดร.ภญ.มณฑกา ธีรชัยสกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2149 5609 โทรสาร : 0 2149 5609</p>	<p>ผู้อำนวยการกองสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ โทรศัพท์มือถือ : 083 177 4297 E-mail : monthaka.t@gmail.com</p>
<p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>	
<p>1. นายแพทย์วิฑูรย์ อนันกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรสาร : 0 2590 1771</p>	<p>ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์มือถือ : 084 555 1771 E-mail : witoon53@gmail.com</p>
<p>2. นายแพทย์ประกิจ สารเทพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรสาร : 0 2590 1771</p>	<p>นายแพทย์เชี่ยวชาญ โทรศัพท์มือถือ : 081 914 7872 E-mail : p.sarathep@gmail.com</p>

	<p>โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th</p> <p>2. นางสาวศิริพร สุขราช กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8580 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th</p> <p>3. นางสาวทิพย์ภากร พงศ์สุภา กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 8109 โทรศัพท์มือถือ : 08 6398 4249 โทรสาร : - E-mail : mcatt.mhso@dmh.mail.go.th</p> <p>กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>1. นางสาวอมรรัตน์ ราชเดิม แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2224 3261 โทรศัพท์มือถือ : 091 492 4592 โทรสาร : - E-mail : amornrat.r@outlook.com</p> <p>2. นางสาวชนมน มนต์ธนาภาพร แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2149 5609 โทรศัพท์มือถือ : 094 552 3449 โทรสาร : 0 2149 5609 E-mail : engfha2017@gmail.com</p> <p>กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1. นางสาวสุริรัตน์ ใจดี รองผู้อำนวยการกองสาธารณสุขฉุกเฉิน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.planning@gmail.com</p> <p>2. นางสาวปาริฉัตร หมื่นจี้ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1908 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.satg@gmail.com</p> <p>3. นางสาวพนิดา นาถนอม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1353 โทรศัพท์มือถือ : 081 855 1771 โทรสาร : 0 2590 1771 E-mail : dphem.satg@gmail.com</p> <p>สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>1. นายทรงยศ คำชัย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081 884 4825 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : epidcm@gmail.com</p> <p>2. นางสาวเพียงพร เล้าสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 โทรศัพท์มือถือ : 096 765 6933 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : epidcm@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ การรายงาน ผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>1. นายทรงยศ คำชัย หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081 884 4825 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : epidcm@gmail.com</p>

	2. นางสาวเพียงพร เล้าสุวรรณ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 โทรสาร : 0 5321 1740	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 096 765 6933 E-mail : epidcm @gmail.com
--	--	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	16. จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ 16.1 ตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) <u>พื้นที่ขยาย</u> จังหวัดละ 5 แห่ง 16.2 อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) <u>พื้นที่ขยาย</u> จังหวัดละ 1 แห่ง 16.3 ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) จังหวัดละ 5 แห่ง
คำนิยาม	<p>สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง สถานประกอบการด้านอาหารที่ได้นำผลการปรับปรุงจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละประเภท และผ่านมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ตามที่ ศบค.กำหนด ได้แก่</p> <p>อาหารริมบาทวิถี หมายถึง อาหารที่จำหน่ายในแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ตั้งริมฟุตบาทหรือริมบาทวิถี มีลักษณะเป็นแคร่ แท่น โต๊ะ แผง รถเข็นหรือพาหนะอื่นใดที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม น้ำแข็ง โดยตั้งประจำที่ในบริเวณที่ทางราชการอนุญาต อันได้แก่ ที่ทางสาธารณะที่ราชพัสดุ ที่สาธารณประโยชน์ บริเวณวัด หรือที่ริมน้ำ ซึ่งอาจจะมีการจัดตั้งแบบถาวรหรือเคลื่อนย้ายได้ตามช่วงเวลาที่กำหนด</p> <p>มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานอาหารริมบาทวิถี ประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านสุขภาพ มิติด้านเศรษฐกิจ มิติด้านสังคม และมิติด้านวัฒนธรรม โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> <p>ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสัญลักษณ์ของตลาด พ.ศ. 2551</p> <p>มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดนำซื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ 20 ข้อ ซึ่งครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป</p> <p>ร้านอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกฎกระทรวงสัญลักษณ์ของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561</p> <p>มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน 5 หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน 9 ข้อ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ไม่มีตัวชี้วัด	ไม่มีตัวชี้วัด	ไม่มีตัวชี้วัด	สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 1) ตลาดนัด น้ำซ้อ (Healthy Market) จังหวัดละ 1 แห่ง 2) อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) จังหวัดละ 1 แห่ง	สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์ 1) อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) <u>พื้นที่ขยาย</u> จังหวัดละ 1 แห่ง 2) ตลาดนัด น้ำซ้อ (Temporary Market) <u>พื้นที่ขยาย</u> จังหวัดละ 5 แห่ง 3) ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) จังหวัดละ 5 แห่ง
วัตถุประสงค์		เพื่อให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข		
กลุ่มเป้าหมาย		<p>1) อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) <u>พื้นที่ขยาย</u> จังหวัดละ 1 แห่ง</p> <p><u>เป้าหมาย</u> คือ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ตำบลสุเทพ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่</p> <p>2) ตลาดนัด น้ำซ้อ (Temporary Market) <u>พื้นที่ขยาย</u> จังหวัดละ 5 แห่ง</p> <p><u>เป้าหมาย</u> คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ตลาดนัดรวมโชค ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 2. ตลาดนัดมีโชค ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 3. กาดบะป่าว เชียงใหม่ ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 4. ตลาดนัดคำเที่ยง ตำบลป่าตัน อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 5. กาดม่วน กาดฝรั่ง ตำบลหารแก้ว อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ <p>3) ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) จังหวัดละ 5 แห่ง</p> <p><u>เป้าหมาย</u> คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร้านอาหาร The Good View Village ตำบลแม่เหียะ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 2. ภัตตาคารเจียทังเฮง ฟ้าฮ่าม ตำบลฟ้าฮ่าม อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 3. ร้านอาหารวิทีแหมมเนือง มีโชค เชียงใหม่ ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 4. ร้านอาหารเว-พา-ดี เชียงใหม่ ตำบลหนองจ่อม อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 5. ร้านอาหารไอ้กะจู้ สาขาสันทราย ตำบลหนองจ่อม อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ 		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในรูปแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เป็นรายไตรมาส</p> <p>2. ศูนย์อนามัยนำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของเขตสุขภาพ และจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพ พร้อมจัดส่งให้กรมอนามัย</p> <p>3. กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลฯ ระดับประเทศ จัดทำเป็นรายงานสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาส</p> <p>4. กรมอนามัย จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานฯ กระทรวงสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p>			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายงานข้อมูล 1	A = จำนวนสถานประกอบกิจการที่คัดเลือกเป็นพื้นที่เป้าหมาย มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยได้ตามเป้าหมาย			
รายงานข้อมูล 2	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผล รอบ 6 และรอบ 12 เดือน (มีนาคม 2565, กันยายน 2565)			
เกณฑ์การประเมิน				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-	<p>จังหวัดดำเนินการอาหารปลอดภัยโดยคัดเลือกสถานประกอบการเข้าร่วมพัฒนาครบทุกประเภท 1) อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health)</p> <p>จังหวัดละ 1 แห่ง</p> <p>2) ตลาดนัด น้ำซู้ (Temporary Market)</p> <p>จังหวัดละ 5 แห่ง</p> <p>3) ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus)</p> <p>จังหวัดละ 5 แห่ง</p>	-	จังหวัดมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพครบทุกแห่ง	
วิธีการประเมินผล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด</p> <p>2. ศูนย์อนามัย</p>			

	<p>2.1 วิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงานอาหารปลอดภัยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ</p> <p>2.2 สนับสนุน ติดตาม กำกับการดำเนินงานอาหารปลอดภัยของ สสจ. และ อปท.</p> <p>2.3 ประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด</p> <p>2.4 จัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของเขต รวมทั้ง สุขุประเมินฯ เซึ่งคุณภาพในพื้นที่</p> <p>3. กรมนามัยรวมกับภาคีเครือข่ายสุขุประเมินซึ่งคุณภาพฯ ในระดับเขต/พื้นที่ และจัดทำสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดฯ ภาพรวมของประเทศ</p>
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 2. คู่มือการพัฒนาและยกระดับมาตรฐาน อาหารริมบาทวิถี (Street Food Good Health) 3. กฎกระทรวงควบคุมสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.2551 4. คู่มือตลาดนัด นาชื้อ (Temporary Market) 5. กฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561 6. คู่มืออาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)
ผู้รับผิดชอบงาน รายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>นายคัซทร กอกลง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 5321 1048 – 50 ต่อ 124</p> <p>โทรสาร 0 5321 1740</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 09 0926 8632</p> <p>E-mail : best_katchathon@hotmail.com</p> <p>สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่</p>

1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)	
4.การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
1.โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
จังหวัด	
17. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	
17.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป	
17.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมาก PLUS	
คำนิยาม : โรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ดังนี้	
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital PLUS
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)

ระดับพื้นฐาน หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10	
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา	
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N	
G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ
R: RESTROOM	4 มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD)
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
E: ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละวางผ่อนคลายกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน

ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 11-12				
	11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ			
	12. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน(IPD)			
ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ ข้อที่ 13-14				
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน			
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community			
ระดับดีมาก PLUS หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16				
	15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่			
	16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจั้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป หรือ โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจั้บริการอาชีวอนามัยสำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป			
เกณฑ์เป้าหมาย				
เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
รพศ./ รพท./ รพช.และ รพ.สังกัด กรม วิชาการ	-โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 -โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30	- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 90 -โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40	-โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 -โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯระดับดีมาก Plus ร้อยละ 60	-โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ฯ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 40 -โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Subdistrict Health Promoting Hospital ร้อยละ 5
* หมายเหตุ : ปีงบประมาณ 2566 มีการขับเคลื่อนกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม โดย <u>กลุ่มโรงพยาบาล</u> มีการปรับเกณฑ์การประเมินเป็น GREEN & CLEAN Hospital Challenge โดยมีการปรับแนวทางการวัดและการประเมินผลโดยมีการปรับระดับเป็น 3 ระดับคือ ระดับมาตรฐาน ระดับดีมาก และระดับท้าทาย, <u>กลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</u> เป็นการขยายเครือข่าย เพื่อยกระดับการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN สู่วิทยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (GREEN & CLEAN Subdistrict Health Promoting Hospital)				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทางระบบประเมิน GREEN & CLEAN hospital ออนไลน์ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาลทางระบบประเมิน GREEN & CLEAN hospital ออนไลน์ และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย ปีละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขต และรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboard กรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th) ปีละ 1 ครั้ง
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก</p> <p>A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก PLUS</p>
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$((A1+A2)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป</p> <p>$(A2/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก PLUS</p>
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานผลการดำเนินงาน ปีละ 1 ครั้ง

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	19. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

	<p>(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพ ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
	3,000 หน่วย (ร้อยละ 44) (ผลปี 64 จำนวน 2,266 หน่วย ณ เดือน มิ.ย. 64)	3,500 หน่วย (ร้อยละ 52)	4,000 หน่วย (ร้อยละ 59)	4,500 หน่วย (ร้อยละ 66)
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกจังหวัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน			
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2565 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		2,600 หน่วย	2,800 หน่วย	3,000 หน่วย
ปี 2566 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				3,500 หน่วย
ปี 2567 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				4,000 หน่วย
ปี 2568 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
				4,500 หน่วย

วิธีการประเมินผล :	จากระบบลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วย	31	72	78
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 061 5464290 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : jirathum@gmail.com 2. นางสาวศิริธร ภาดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : numnim_18@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 061 5464290 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : jirathum@gmail.com 2. นางสาวศิริธร ภาดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : numnim_18@hotmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ											
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.											
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	21. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี											
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)</p> <p>อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ร้อยละ 75</td> <td></td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66			ร้อยละ 75	
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
		ร้อยละ 75										
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี 											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชนทั่วประเทศ 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net											
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 											
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส											

Template ปี 2565 งานวัณโรค	
หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์การบริการที่เป็นเลิศ)
แผนที่	6.การพัฒนาาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคติดต่อ
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	23. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดย ไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาลมเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอ็กซเรย์ที่แสดงผลการตรวจ เสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วย ที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือ มีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>3.1.การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564- ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3.2.การประเมินรอยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>4. หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <p>4.1 สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</p> <p>4.2 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1-12 และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต (Regional Program)</p> <p>4.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของจังหวัด</p>

	<p>4.4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของอำเภอและตำบล</p> <p>5. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบ รายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success Rate)</p>							
<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td style="width:33%;">ปีงบประมาณ 2563</td> <td style="width:33%;">ปีงบประมาณ 2564</td> <td style="width:33%;">ปีงบประมาณ 2565</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 88</td> </tr> </table>		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 88
ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565					
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 88					
<p>วัตถุประสงค์</p>	<p>1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข</p>						
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p>						
<p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วย ที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>แหล่งข้อมูล</p>	<p>โปรแกรมบริหารจัดการรายป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด</p>						
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1</p>	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564)</p> <p>คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2564</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564)</p>						
<p>รายการข้อมูล ที่ 1</p>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565</p>						
<p>รายการข้อมูล ที่ 2</p>	<p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564)</p>						

สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	<p>รอยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 -30 กันยายน 2565) คำนวณจาก</p> $\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนในงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2564 -30 กันยายน 2565)</p> <p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 -30 กันยายน 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p>
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและ ขึ้นทะเบียนในงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 -30 กันยายน 2565)
รายการข้อมูลที่ 2	<p>B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 -30 กันยายน 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 - ครบรอบรายงานและประเมินผล วันที่ 30 กันยายน 2565 - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค ไม่นับรวม <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของงบประมาณ 2564 (ตั้งแต่ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564) - ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของ งบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ ตุลาคม 2564 - ธันวาคม 2564) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมาคำนวณอยู่ใน ตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่ทุกตำบลและอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่

เกณฑ์การประเมิน (TB Treatment Coverage) ปี 2565							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 22		ร้อยละ 44		ร้อยละ 66		ร้อยละ 88	
<p>หมายเหตุ : ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565</p>							
วิธีการประเมินผล		<p>ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของ ปงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) แยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ แนวทางการประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักวัณโรค) ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) ในภาพรวมของประเทศ ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) ในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม 2564 – ธันวาคม 2564) ในภาพของหน่วยงาน/ หน่วยงานบริการภายในจังหวัด 					
เอกสารสนับสนุน		<ol style="list-style-type: none"> แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP) 					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Base line data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2561	2562	2563	2564
		อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (Treatment Coverage)	ร้อยละ	85.00	85.70	67.10	54.14
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<p>งานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <ol style="list-style-type: none"> นายทรงยศ คำชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 053-211048 ต่อ 110 โทรสาร 053-211740 โทรศัพท์มือถือ 081-8844825 นางสาวภัทสรุชา ซาลิซิส เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน 053-211048 ต่อ 110 โทรสาร 053-211740 โทรศัพท์มือถือ 062-6938985 					

หน่วยงาน ประมวผล และจัดทำ ข้อมูล(ระดับ จังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ งานวัณโรค
ผู้รับผิดชอบ การรายงาน ผลการ ดำเนินงาน	นางสาวภัสสรา ซาลีซส์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

**ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษา
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
(TB Treatment Coverage) ของจังหวัดเชียงใหม่ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

อำเภอ	จำนวนประชากร ทั้งหมด (ราย)	เป้าหมาย 150 /แสน ประชากร (ราย)	ค่าเป้าหมายอัตรา ความครอบคลุมการ ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ (%) \geq 88 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565	ผลงานที่ทำได้
รวมทั้งจังหวัด	1,629,434	2,444	2,151	
อำเภอแมริม	86449	130	114	
อำเภอกัลยาณิวัฒนา	12623	19	17	
อำเภอจอมทอง	66134	99	87	
อำเภอไชยปราการ	38608	58	51	
อำเภอเชียงดาว	72940	109	96	
อำเภอดอยสะเก็ด	73357	110	97	
อำเภอดอยเต่า	27290	41	36	
อำเภอดอยหล่อ	25169	38	33	
อำเภอฝาง	90193	135	119	
อำเภอพร้าว	47750	72	63	
อำเภอแม่वास	31506	47	42	
อำเภอแม่แจ่ม	59694	90	79	
อำเภอแม่แตง	71613	107	95	
อำเภอแม่อน	20980	31	28	
อำเภอแม่เอย	66402	100	88	
อำเภอเวียงแหง	18804	28	25	
อำเภอสะเมิง	23177	35	31	
อำเภอสันกำแพง	86862	130	115	
อำเภอสันทราย	133231	200	176	
อำเภอสันป่าตอง	74407	112	98	
อำเภอสารภี	84468	127	111	
อำเภอหางดง	88107	132	116	
อำเภออมก๋อย	62477	94	82	
อำเภอฮอด	43426	65	57	
อำเภอเมืองเชียงใหม่	223,767	336	295	

หมายเหตุ ข้อมูลประชากรกลางปี 2563 อ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนงานที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด		
ระดับการแสดงผล	เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	27. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน		
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	< 3.6 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.5 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.4 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ		
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน		
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$		
ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.65 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.55 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.50 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.45 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.40 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

วิธีการประเมินผล :	1. ประชุมทำความเข้าใจตัวชี้วัด 2. ส่งข้อมูลครบทุกเขตสุขภาพ 3. มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 4. มีการสรุปข้อมูล				
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด 2. ยุทธศาสตร์ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	7	อัตราตายทารกแรกเกิด ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ	3.26 (43/13,187)	2.30 (29/12,642)	4.74 (56/11,804)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ผศ.พิเศษ นพ.วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล ผู้รับผิดชอบงาน service plan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 3007 0578 โทรสาร : 0 2354 89439 E-mail : wiboonkan@gmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ 2. ผศ.พิเศษ นพ.ศุภวัชร บุญกษิตีเดช นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2354 8928 โทรศัพท์มือถือ : 08 9890 5919 E-mail : suppawat_yoo@hotmail.com สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 E-mail : supervision.dms@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานจังหวัด	กลุ่มงานส่งเสริม สุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด				
การรายงานผล	1. พญ.ปัทมาลักษณ์ เฟือกผ่อง ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน: 053-999200 โทรศัพท์มือถือ: 081-881-5960 E-mail: patthaintha@yahoo.com 2. นางวรรณภา สุธรรมมา ผู้รับผิดชอบงาน serviceplan ทารกแรกเกิด โทรศัพท์ที่ทำงาน: 053-999200 โทรศัพท์มือถือ: 089-191-6478 E-mail: linwanna@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	29. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทย) โดยผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบสมุนไพรสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบการโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - การแพทย์แผนจีน เช่น ฝังเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก - การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข									
เกณฑ์เป้าหมาย :									
	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> <td>ปีงบประมาณ 66</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 19.5</td> <td>ร้อยละ 20.5</td> <td>ร้อยละ 20.5</td> <td>-</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 20.5	-
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66						
ร้อยละ 19.5	ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 20.5	-						
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข								
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/LABOR/ COMMUNITY_SERVICE)								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2565:									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
1. มีแผนงานโครงการระดับจังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์	1. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 รายการ	1. ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน - Intermediate care (IMC) จังหวัดละ 1 แห่ง - Palliative care จังหวัดละ 1 แห่ง	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5						
2. มีแผนการบริหารจัดการยาสมุนไพรและฟ้าทะลายโจรระดับจังหวัดเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรในระดับเขตสุขภาพ	2. ส่งเสริมให้ รพ.ทุกระดับเกิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และ/หรือการแพทย์แบบบูรณาการ อย่างน้อยร้อยละ 80		2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยานอกที่มีการจ่ายยาทั้งหมด)						
3. มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ให้บริการแบบ on-site/online/telehealth/telepharmacy/ให้คำแนะนำ	3. มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน								

สุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid)	ให้บริการแบบ on-site/online/telehealth/telepharmacy /ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid) อำเภอละ 1 แห่ง																									
วิธีการประเมินผล :	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																									
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายระดับสถานบริการ ดังต่อไปนี้ <table border="1" data-bbox="502 831 1452 1088"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ./รพท.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>9.12</td> <td>8.97</td> <td>7.87</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>14.69</td> <td>14.91</td> <td>13.58</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>36.48</td> <td>35.96</td> <td>35.24</td> </tr> </tbody> </table> ที่มา : กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ณ 26 สิงหาคม 2564			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.12	8.97	7.87	รพช.	ร้อยละ	14.69	14.91	13.58	รพ.สต.	ร้อยละ	36.48	35.96	35.24
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																								
		2562	2563	2564																						
รพศ./รพท.	ร้อยละ	9.12	8.97	7.87																						
รพช.	ร้อยละ	14.69	14.91	13.58																						
รพ.สต.	ร้อยละ	36.48	35.96	35.24																						

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1. นายแพทย์ทวิช แก้วประเสริฐ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 09 1859 4353 โทรสาร : 0 5321 1740 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>2. เกศษกรพลแก้ว วัชรชัยสุรพล หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 083-475-1007 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>3.นางภัทรวดี นีละภมร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 087-900-2684 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>4.เกศษกรหญิงอัญญา ดุจจามุทัศน์ เกศษกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 081-993-7638 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก</p> <p>1. เกศษกรพลแก้ว วัชรชัยสุรพล หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 083-475-1007 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>2. นางภัทรวดี นีละภมร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 087-900-2684 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>3.เกศษกรหญิงอัญญา ดุจจามุทัศน์ เกศษกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 081-993-7638 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<p>การรายงานผลการดำเนินการ</p>	<p>คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</p> <p>1. เกศษกรพลแก้ว วัชรชัยสุรพล หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 083-475-1007 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com</p> <p>2. นางภัทรวดี นีละภมร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 087-900-2684 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>

	<p>3.เภสัชกรหญิงอัญชญา ดุจจามุทัศน์ เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัพท์มือถือ : 081-993-7638 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
--	---

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	30. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต			
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (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) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 63	≥ ร้อยละ 68	≥ ร้อยละ 71	≥ ร้อยละ 74
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2565 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาราคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน ปี 2564:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 37	ร้อยละ 56	ร้อยละ 74		
วิธีการประเมินผล :	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด ในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศรียรระดับจังหวัด	ร้อยละ	90.30	105.83	124.79
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเป็รงนภา กาญจนสิงห์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 1980 0980 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : prengnapa@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางเป็รงนภา กาญจนสิงห์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 1980 0980 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : prengnapa@hotmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	31. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	31.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 31.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจ และเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 63 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน 1 ปี</p> <p>ระยะเวลา 1 ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X60 เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแล ติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนไปถึงวันที่ 1 ตุลาคม 2565 เป็นระยะเวลา 1 ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ 1 มกราคม 2565 จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ 1 ตุลาคม 2565 จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และหรือนัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน</p>

<p>เกณฑ์เป้าหมายย่อย 31.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <p>ปีงบประมาณ 65 \leq 8.0 ต่อประชากรแสนคน</p> <p>เกณฑ์เป้าหมายย่อย 31.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <p>ปีงบประมาณ 65 ร้อยละ 90</p>	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการ เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดที่บ่งบอกถึง ขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรการและแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทของแต่ละพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศ 3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ ติดตาม และเฝ้าระวัง ความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เป้าหมาย : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดย งานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>เป้าหมายย่อย : รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต</p>
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย : ทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย</p> <p>เป้าหมายย่อย : หน่วยบริการสาธารณสุข</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2564

รายการข้อมูล 3	$C =$ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าของปี 2564 + รายใหม่ ปี 2565)																														
รายการข้อมูล 4	$D =$ จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี 64 + รายใหม่ ปี 65)																														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย : $(A/B) \times 100,000$ เป้าหมายย่อย : $(C/D) \times 100$																														
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4																														
เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 :																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน</td> <td>≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 70</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90																		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																												
≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน																												
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90																												
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ																														
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ 1 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต 																														
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (หน่วยวัด : อัตราต่อประชากร แสนคน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>6.64</td> <td>7.37</td> <td>4.21</td> </tr> <tr> <td>เชียงใหม่</td> <td>13.76</td> <td>15.20</td> <td>11.94</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>94.0</td> <td>97.23</td> <td>98.75</td> </tr> <tr> <td>เชียงใหม่</td> <td>94.32</td> <td>92.74</td> <td>95.05</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	ประเทศ	6.64	7.37	4.21	เชียงใหม่	13.76	15.20	11.94	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	ประเทศ	94.0	97.23	98.75	เชียงใหม่	94.32	92.74	95.05
Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
	2562	2563	2564																												
ประเทศ	6.64	7.37	4.21																												
เชียงใหม่	13.76	15.20	11.94																												
Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
	2562	2563	2564																												
ประเทศ	94.0	97.23	98.75																												
เชียงใหม่	94.32	92.74	95.05																												

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>แพทย์หญิงรจนพรรณ นันทิทรรก ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5399 9200 ต่อ 2801 โทรศัพท์มือถือ : 08 1716 9169 E-mail : phetandproud@gmail.com นางสาวเอมอร ภูพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5399 9200 ต่อ 2801 โทรศัพท์มือถือ : 09 5692 9518 E-mail : pp.emorn@gmail.com นางเปรงนภา กาญจนสิงห์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 1980 0980 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : Prengnapa@hotmail.com</p>
<p>หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</p>	<p>งานสุขภาพจิต กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>นางเปรงนภา กาญจนสิงห์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 1980 0980 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : Prengnapa@hotmail.com</p>
<p>ผู้กำกับตัวชี้วัด</p>	<p>นายเกรียงไกร ยอดเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 1287 9799 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : kriang_@hotmail.com</p>

หมวด	2. ดานบริการเปเนเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ		
ชื่อตัวชี้วัด	36. รอยละผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m ² /yr		
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)		
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการลดลงของ eGFR			
	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	≥ รอยละ 66	≥ รอยละ 66	≥ รอยละ 66
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เปเนภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเปเน 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132', 'E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139', 'I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110', 'N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR ≥ 15		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน โรงพยาบาลสงขมุล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time 		
แหล่งข้อมูล	HDC		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการ ตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2ค่า และค่าทั้งสองทางกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่า ของ eGFR ตั้งแต่อยนหลัง 1ปีงบประมาณและมีการเปลี่ยนแปลง < 5		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 – 4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการ ตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองทางกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดย พิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อยนหลัง 1ปีงบประมาณ		

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$ คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะตองได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ 2 คา จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการ ลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับคา GFR ย้อนหลัง 1 ปงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งตองทางกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression ($y = mx+b$)</p> <p>โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร</p> $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ <p>เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = คาของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ</p>																											
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปแบบ real time)																											
เกณฑ์การประเมิน ป2564: <table border="1" data-bbox="225 913 1369 1014"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> </tr> </table> ป 2565: <table border="1" data-bbox="225 1061 1369 1162"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> </tr> </table> ปี 2566: <table border="1" data-bbox="225 1209 1369 1310"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>-</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> <td>\geq ร้อยละ 66</td> </tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
-	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66																									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
-	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66																									
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																									
-	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66	\geq ร้อยละ 66																									
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จ ต่อจำนวน ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้น ๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้ บริการจริงใน ภาพรวมของป จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มี ผู้ป่วยมาใช้บริการสะสม มากที่สุด																											
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรค ไตแห่งประเทศไทย																											
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data -	หน่วยวัด ร้อยละ	<table border="1"> <tr> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>2563</td> <td>2564</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</td> </tr> </table> <p>* ปงบ 2561-62 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m²/yr * ปงบ 2563 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m²/yr</p>		ผลการดำเนินงานในรอบปงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข																	
ผลการดำเนินงานในรอบปงบประมาณ พ.ศ.																												
2562	2563	2564																										
ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข																												
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. น.ส.พิชญากร ภัคสุพศิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์: 053 211048-50 ต่อ 115 E-mail: ncd.cmhealth@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 2. นางระวีวรรณ บุญเพ็ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ																											

โทรศัพท์: 053 211048-50 ต่อ 115 E-mail: ncd.cmhealth@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	17. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>43. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>43.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>43.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>43.3 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>43.4 ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p>
คำนิยาม	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดการบริการคัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบCare manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>2. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.2 โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง กรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลธัญญารักษ์เชียงใหม่ (เป้าหมายจำนวน 3 แห่ง)</p> <p>2.3 สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559 ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยากัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>4. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>5. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย				
รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
รพ.สังกัด สป.สธ.	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
สถานพยาบาลเอกชน	เขตสุขภาพละ 3 แห่ง	เขตสุขภาพละ 5 แห่ง	เขตสุขภาพละ 10 แห่ง	เขตสุขภาพละ 15 แห่ง
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑ชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา 3. รวบรวมจากฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 3. ฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา			
รายการข้อมูล 1	สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับรพ.สังกัดกรมวิชาการ A2 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ สำหรับสถานพยาบาลเอกชน A3 = จำนวนเขตสุขภาพที่เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการในสถานพยาบาลเอกชน (12 เขต)			

	<p>ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>A4 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p>			
รายการข้อมูล 2	<p>สำหรับรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>B1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>สำหรับรพ.สังกัดกรมวิชาการ</p> <p>B2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์, กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวม 32 แห่ง)</p> <p>สำหรับสถานพยาบาลเอกชน</p> <p>B3 = จำนวนเขตสุขภาพ</p> <p>ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์</p> <p>B4 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>43.1 ร้อยละของ รพ. สังกัด สป.สธ. ที่มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการ = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>43.2 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการที่มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการ = $(A2/B2) \times 100$</p> <p>43.3 ร้อยละของสถานพยาบาลเอกชนที่มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการ = $(A3/B3) \times 100$</p> <p>43.4 ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ = $(A4/B4) \times 100$</p>			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <p>ปี 2565</p>				
	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	<p>1. มีการสื่อสารแนวทางการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการถึงพื้นที่ (สสจ. เชียงใหม่)</p> <p>2. มีการทบทวนข้อมูลบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตร姑療法ทางการแพทย์และสื่อสารไปยังพื้นที่ (สสจ. เชียงใหม่)</p> <p>3. มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Palliative</p>	<p>1. รพช. มีแผนการจัดตั้งคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>2. ผู้ให้บริการได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>3. มีแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย Palliative ด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ (รพศ. รพท. รพช. รพ. สังกัดกรมวิชาการ รพ.</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการใน รพ. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50</p> <p>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.5</p>	<p>1. มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการใน โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 70</p> <p>2. มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แบบบูรณาการใน โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 70</p> <p>3. มีการจัดบริการคลินิก姑療法ทางการแพทย์แผนปัจจุบัน</p>

	<p>3. เกสัซกรพลแก้ว วิชระชัยสุรพล หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัฟท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัฟท์มือถือ : 083-475-1007 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>4. เกสัซกรหญิงอัญชญา ดุจจานุทัศน์ เกสัซกรชำนาญการ โทรศัฟท์ที่ทำงาน : 0-5321-1048 ต่อ 104 โทรศัฟท์มือถือ : 081-993-7638 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : thaimed.cm@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
--	---

หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนงานที่	10 การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	52. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 2 ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ 2.1 ระดับจังหวัด
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพเป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 20	มีองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 25	1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สามารถ นำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
--------------	--

หน่วยงานเป้าหมาย	1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) : บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 1) ข้าราชการ 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3) พนักงานราชการ 4) ลูกจ้างประจำ 5) ลูกจ้างชั่วคราว
------------------	---

	2. หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH 2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน			
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ B2 = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน/12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2565 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)	-	มีองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 20
วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. คณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ			
เอกสารสนับสนุน :	1. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา แสนคำปัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรสาร : 053 211740	
	2. นางจรรยาพรณ เย็นใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048		นักทรัพยากรบุคคล โทรสาร : 053-211740	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่			
ผู้รับผิดชอบรายงานผล	นางรุ่งนภา แสนคำปัน ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ			

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส			
ระดับการวัดผล	หน่วยงาน (โรงพยาบาล , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)			
ชื่อตัวชี้วัด	53. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA			
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิด ยิ่งเปิดเผย ยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นหลักการประเมินตนเอง (Self Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ในทุกมิติตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment: OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซท์หลักของหน่วยงานได้ จำแนกเป็น 9 ตัวชี้วัดประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน				
ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92

วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน</p> <p>2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบายระดับปฏิบัติการมาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p> <p>3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เติริมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน 51 แห่ง จำแนก ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง 1. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 แห่ง 3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 25 หน่วยงาน 4. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 หน่วยงาน 								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐานตามข้อคำถามในแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ตามความเป็นจริงในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) 2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) 3. ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) 4. ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) <p>กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="544 1339 1422 1491"> <thead> <tr> <th>ไตรมาสที่ 1</th> <th>ไตรมาสที่ 2</th> <th>ไตรมาสที่ 3</th> <th>ไตรมาสที่ 4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92
ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4						
ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92						
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) 								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (OIT) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 92 (ใน 1 ปี)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (51 หน่วยงาน)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$								
ระยะเวลาประเมินผล	หน่วยงานจำนวน 51 แห่ง ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)								

	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) 2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) 3. ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) 4. ไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) 																						
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับชั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับชั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																				
ระดับชั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92																				
ปี 2566 : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับชั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)</td> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 92</td> </tr> </tbody> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับชั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92														
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																				
ระดับชั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	ร้อยละ 82	ร้อยละ 87	ร้อยละ 92																				
วิธีการประเมินผล :	<p>หน่วยงานจำนวน 51 แห่ง ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 ไตรมาสที่ 2 ไตรมาสที่ 3 และไตรมาสที่ 4 ดังนี้</p> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี)</p> <p>Small Success : ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบ MITAS ชื่อ OIT 1 – OIT 5</p> <p>ค่าเป้าหมาย คือ ระดับ 5 วัดระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone)</p>																						
	<p>เกณฑ์การให้คะแนน : ปรับเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 ชื่อ (OIT)</td> <td>2 ชื่อ (OIT)</td> <td>3 ชื่อ (OIT)</td> <td>4 ชื่อ (OIT)</td> <td>5 ชื่อ (OIT)</td> </tr> </tbody> </table> <p>ระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 1 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 2 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 3 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 4 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 5 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	1 ชื่อ (OIT)	2 ชื่อ (OIT)	3 ชื่อ (OIT)	4 ชื่อ (OIT)	5 ชื่อ (OIT)	ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	1	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 1 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)	2	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 2 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)	3	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 3 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)	4	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 4 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)	5	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 5 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																			
1 ชื่อ (OIT)	2 ชื่อ (OIT)	3 ชื่อ (OIT)	4 ชื่อ (OIT)	5 ชื่อ (OIT)																			
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																						
1	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 1 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)																						
2	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 2 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)																						
3	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 3 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)																						
4	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 4 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)																						
5	หลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบประเด็นการเปิดเผยข้อมูลในระบบ MITAS จำนวน 5 ชื่อ (ของ OIT 1 - OIT 5)																						

	<p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 2 (มกราคม-มีนาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 23 ข้อ ใน 9 ตัวชี้วัด (OIT 1- OIT 23) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 82 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="579 439 1374 539"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>82</td> <td>87</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 3 (เมษายน-พฤษภาคม ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 23 ข้อ ใน 9 ตัวชี้วัด (OIT 1- OIT 23) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 87 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="579 853 1374 954"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>82</td> <td>87</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table> <p>การประเมินรอบไตรมาสที่ 4 (มิถุนายน-กันยายน ของทุกปี) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ จำนวน 23 ข้อ ใน 9 ตัวชี้วัด (OIT 1- OIT 23) ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 92 เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="579 1285 1374 1386"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>82</td> <td>87</td> <td>92</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	82	87	92	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	82	87	92	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	-	-	82	87	92
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																															
-	-	82	87	92																															
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																															
-	-	82	87	92																															
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																															
-	-	82	87	92																															
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.</p> <p>2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)</p>																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																
			2562	2563	2564																														
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	100 ผ่าน 5 หน่วยงาน (50 หน่วยงาน)	84 ผ่าน 42 หน่วยงาน (50 หน่วยงาน)	94.12 ผ่าน 48 หน่วยงาน (51หน่วยงาน)																														

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1.นางณัฏฐ์วรรตต์ นิลาทะวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่นิติกร โทรศัพท์ : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 08 6220 3474 โทรสาร : 0 5389 4972 E-Mail : araya191_r@hotmail.com</p> <p>2.นางสาวบุญทริก คันธชาติ นิติกร โทรศัพท์ : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 08 4381 9381 โทรสาร : 0 5389 4972 E-Mail : pearsweethome@gmail.com</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</p>	<p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ : 0 5321 1048 โทรสาร : 0 5389 4972 E-Mail : lawyercm2561@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>1.นางณัฏฐ์วรรตต์ นิลาทะวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่นิติกร โทรศัพท์ : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 08 6220 3474 โทรสาร : 0 5389 4972 E-Mail : araya191_r@hotmail.com</p> <p>2.นางสาวบุญทริก คันธชาติ นิติกร โทรศัพท์ : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 08 4381 9381 โทรสาร : 0 5389 4972 E-Mail : pearsweethome@gmail.com</p> <p>กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
โครงการที่	1. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส								
ลักษณะ	เชิงปริมาณ								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	55. ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ร้อยละ 90								
คำนิยาม	<p>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ หมายความว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>หน่วยรับตรวจ หมายความว่า โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>90</td> <td>95</td> <td>95</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	90	95	95
ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67							
90	95	95							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วย หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ดังนี้ 1. หน่วยงาน ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูลการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในประจำหน่วยงาน เอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานแสดงการสื่อสารระหว่างผู้ตรวจสอบภายในและหน่วยรับตรวจ เอกสารประกอบการตรวจสอบ กระดาษทำการตรวจสอบ รายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง เป็นต้น 								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาลศูนย์ 2.โรงพยาบาลทั่วไป 3.โรงพยาบาลชุมชน 								

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และจัดส่งรายงานผลการประเมินให้กลุ่มตรวจสอบภายในระดับกระทรวง ภายในระยะเวลาที่กำหนด		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2 - 4 ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2565 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือในการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในและเผยแพร่ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานของกลุ่มตรวจสอบภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ คู่มือการตรวจสอบและประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน และกระดาษทำการตรวจสอบ	80	85	90
ปี 2566 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
พิจารณาบททวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา นำมาปรับปรุงพัฒนา องค์ความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ทั้งด้านทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการควบคุมภายในเพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้รับความรู้ความเข้าใจสามารถนำไปพัฒนาระบบการควบคุมภายในให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมทั้งช่วยป้องกันหรือลดความเสี่ยงจากความ	85	90	95

<p>ผิดพลาด ความสิ้นเปลืองความ สูญเปล่าของการใช้ทรัพย์สิน หรือการกระทำอันเป็นการ ทุจริต</p>												
<p>ปี 2567 :</p>												
<p>รอบ 3 เดือน</p>	<p>รอบ 6 เดือน</p>	<p>รอบ 9 เดือน</p>	<p>รอบ 12 เดือน</p>									
<p>พิจารณาบททวนผล การ ดำเนินงานที่ผ่านมา นำมา ปรับปรุงพัฒนา องค์ความรู้ใน รูปแบบสื่อออนไลน์ทั้งด้าน ทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติการ ควบคุมภายในเพื่อให้สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้รับความรู้ความเข้าใจ สามารถนำไปพัฒนาระบบการ ควบคุมภายในให้เกิด ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล รวมทั้งช่วยป้องกันหรือ ลดความเสี่ยงจากความ ผิดพลาด ความสิ้นเปลืองความ สูญเปล่าของการใช้ทรัพย์สิน หรือการกระทำอันเป็นการ ทุจริต</p>	<p>85</p>	<p>90</p>	<p>95</p>									
<p>วิธีการ ประเมินผล :</p>	<p>ส่วนราชการและหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยประเมินตามเกณฑ์ การประเมินตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="443 1480 1401 2072"> <thead> <tr> <th data-bbox="443 1480 564 1541">ระดับ</th> <th data-bbox="564 1480 1209 1541">เกณฑ์การประเมิน</th> <th data-bbox="1209 1480 1401 1541">คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="443 1541 564 1731">1</td> <td data-bbox="564 1541 1209 1731">มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่โดยปฏิบัติ ตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และ แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</td> <td data-bbox="1209 1541 1401 1731">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> <tr> <td data-bbox="443 1731 564 2072">2</td> <td data-bbox="564 1731 1209 2072">มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุม ภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 2. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยง เป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง</td> <td data-bbox="1209 1731 1401 2072">เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่โดยปฏิบัติ ตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และ แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน	2	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุม ภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 2. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยง เป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง	เท่ากับ 1 คะแนน
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน										
1	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่โดยปฏิบัติ ตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และ แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด	เท่ากับ 1 คะแนน										
2	มีรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ได้แก่ 1. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุม ภายใน (ปค. 4) ทุกระดับ 2. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) ทุกระดับ โดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยง เป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง	เท่ากับ 1 คะแนน										

	3	มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานทุกระดับให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา	เท่ากับ 1 คะแนน									
	4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่ได้ดำเนินการไปสู่การปฏิบัติอย่างครบถ้วนถูกต้อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมทั้งประเด็นข้อผิดพลาดจากการดำเนินงาน หรือ ข้อตรวจพบของผู้มีหน้าที่ในการตรวจสอบลดลงทุกปี	เท่ากับ 1 คะแนน									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ</th> <th>เกณฑ์การประเมิน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</td> <td>เท่ากับ 1 คะแนน</td> </tr> </tbody> </table>			ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน			
ระดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน										
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานให้ครอบคลุมครบถ้วนและเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	เท่ากับ 1 คะแนน										
หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ = คิดเป็นร้อยละ 20												
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>87.74 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย. 64)</td> </tr> </tbody> </table>	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	-	-	87.74 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย. 64)
ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.												
2562	2563	2564										
-	-	87.74 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 มิ.ย. 64)										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>ชื่อ - สกุล นายจตุตถิ ทองบุญเรือง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มตรวจสอบและควบคุมภายใน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 227 โทรศัพท์มือถือ : 0850354902, 0932902039 โทรสาร : 053211740 E-mail : ekkawat055@gmail.com</p> <p>ชื่อ - สกุล นางสาวณัฐญา บำรุงยศ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 227 โทรศัพท์มือถือ : 0971141025</p>											

	โทรศัพท์ : 053211740 E-mail : bumrungyot_daw@hotmail.com
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	1. กลุ่มงานตรวจสอบและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																						
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ																						
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ																						
ระดับการวัดผล	ระดับอำเภอ																						
หน่วยรับผิดชอบ	โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน																						
ชื่อตัวชี้วัด	<p>57. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>57.1 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p> <p>57.2 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3</p>																						
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564 ทั้งนี้ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ที่ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง หรือโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) <p>HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน 																						
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน HA</th> <th colspan="4">เป้าหมายการดำเนินงาน (ร้อยละ)</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> <th>2566</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป</td> <td>98</td> <td>98</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>2. โรงพยาบาลชุมชน</td> <td>80</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table>				โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน HA	เป้าหมายการดำเนินงาน (ร้อยละ)				2563	2564	2565	2566	1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	98	98	100	100	2. โรงพยาบาลชุมชน	80	80	90	90
โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐาน HA	เป้าหมายการดำเนินงาน (ร้อยละ)																						
	2563	2564	2565	2566																			
1.โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	98	98	100	100																			
2. โรงพยาบาลชุมชน	80	80	90	90																			

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ			
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 4 แห่ง 2. โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 20 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง			
แหล่งข้อมูล	● ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จำนวน 4 แห่ง			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ			
รายการข้อมูล 4	D = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่(จำนวน 20 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564)			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	57.1 = (A/B) × 100 57.2 = (C/D) × 100			
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)			
เกณฑ์การประเมิน : ระดับจังหวัด				
หน่วยบริการ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ 95.00	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00
โรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ 77.00	ร้อยละ 78.00	ร้อยละ 79.00	ร้อยละ 80.00

วิธีการประเมินผล ระดับอำเภอ	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="470 212 638 309">ระดับ คะแนน</th> <th colspan="5" data-bbox="638 212 1433 309">ขั้นตอนการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="470 309 638 360">1</td> <td colspan="5" data-bbox="638 309 1433 360">- รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 / 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 360 638 456">2</td> <td colspan="5" data-bbox="638 360 1433 456">- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 1 หรือ R1e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 456 638 553">3</td> <td colspan="5" data-bbox="638 456 1433 553">- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 2 หรือ R2e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 553 638 649">4</td> <td colspan="5" data-bbox="638 553 1433 649">- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 3 หรือ R3e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง</td> </tr> <tr> <td data-bbox="470 649 638 745">5</td> <td colspan="5" data-bbox="638 649 1433 745">- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 4 หรือ R4e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง</td> </tr> </tbody> </table>						ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA					1	- รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 / 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ					2	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 1 หรือ R1e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง					3	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 2 หรือ R2e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง					4	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 3 หรือ R3e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง					5	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 4 หรือ R4e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง				
ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงานตามมาตรฐาน HA																																									
1	- รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3 / 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ																																									
2	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 1 หรือ R1e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง																																									
3	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 2 หรือ R2e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง																																									
4	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 3 หรือ R3e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง																																									
5	- รพ.ผ่านการรับรอง Re – accredit HA ครั้งที่ 4 หรือ R4e อยู่ระหว่าง ต่ออายุการรับรอง																																									
เอกสารสนับสนุน	ประกาศผลการรับรองจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานะการรับรอง																																									
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	โรงพยาบาลได้รับการ รับรองมาตรฐาน HA	จำนวน รพ. (แห่ง)	ร้อยละผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				2562 2563 2564 2565																																			
โรงพยาบาลศูนย์ (A) / โรงพยาบาลทั่วไป (M1)	4	100 (4 แห่ง)	100 (4 แห่ง)	100 (4 แห่ง)																																						
โรงพยาบาลชุมชน (M2,F1,F2,F3)	20	85.00 (17 แห่ง)	95.00 (19 แห่ง)	100 (20 แห่ง)																																						
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางจามจรรย์ เลิศจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053 211048-50 ต่อ 206 โทรสาร 053 211740																																									
ผู้รับผิดชอบ ตัวชี้วัดและจัดเก็บ ข้อมูล	นางสุทิชา นากสุก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ 053 211048-50 ต่อ 206 โทรสาร 053 211740																																									

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	58. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว				
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล(PCU/NPCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงานจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงานจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย:					
1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ 75					
กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75 (เนื่องจาก สถานการณ์การ แพร่ระบาดของ ไวรัสโคโรนา จึงให้ เลื่อนการประเมิน รพ.สต.ติดดาวไป ก่อน ตามหนังสือที่ สธ 0239.01/434	ร้อยละ 75 (เนื่องจาก สถานการณ์การ แพร่ระบาดของ ไวรัสโคโรนา จึงให้ เลื่อนการประเมิน รพ.สต.ติดดาวไป ก่อน ตามหนังสือที่ สธ 0239.02/119	ร้อยละ 75	ร้อยละ 85

		ลงวันที่ 26 มีนาคม 2563)	ลงวันที่ 19 มกราคม 2564) และ ตามหนังสือที่ สธ 0239.02/1173 ลง วันที่ 7 กรกฎาคม 2564)		
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 125 แห่ง หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 จำนวน 78 แห่ง + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว จำนวน 47 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)				
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)				
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2560 และปีงบประมาณ 2561 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560 และ 2561 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2565</p> <p>C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u></p> <p>D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u></p>				
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (268 แห่ง) (ที่มาของข้อมูลจากระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 – 4				

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2565 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. ประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดทิศทาง ติดตามการดำเนินงาน (Kick off) ระดับจังหวัด ผ่านโปรแกรม zoom</p> <p>2. เผยแพร่แนวทางการดำเนินงานผ่านทางสื่อออนไลน์ (youtube)</p> <p>3. มีคู่มือแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2565</p> <p>4. รพ.สต.ประเมินตัวเองตามเกณฑ์และบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu</p>	<p>1. พี่เลี้ยงระดับอำเภอ ศึกษาเกณฑ์ประเมินคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ปี 2565 ผ่านทางสื่อออนไลน์ (youtube)</p> <p>2. แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ</p> <p>3. มีทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง ร้อยละ 100</p> <p>4. สสอ./สศจ. ตรวจสอบข้อมูลการบันทึกการประเมินตนเองของ รพ.สต. ในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu เพื่อวางแผนการพัฒนา</p>	<p>1. รพ.สต. (ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์) ได้รับการพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด</p> <p>2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน</p> <p>3. คณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด ประเมิน และรับรองผล</p> <p>4. สสอ./สศจ./เขต ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu</p>	<p>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 75 (สะสม)</p>

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>1. รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 85 (สะสม)</p>

ปี 2567 :								
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน					
			รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ร้อยละ 100 (สะสม)					
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต							
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2565							
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					
			2560	2561	2562	2563	2564	2565
	268 แห่ง	ร้อยละ	13.96 (37)	32.83 (87)	75.47 (200)	83.39 (221)	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 061 5464290 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : jirathum@gmail.com 2. นางสาวศิริธร ภาดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : numnim_18@hotmail.com 3. นางสาวกรวิการ์ ชัยฉกรรจ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : yamkornwika.y@gmail.com							
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่							
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 061 5464290 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : jirathum@gmail.com 2. นางสาวศิริธร ภาดี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : numnim_18@hotmail.com 3. นางสาวกรวิการ์ ชัยฉกรรจ์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 097 9247532 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : yamkornwika.y@gmail.com							

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/เขต/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	59. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูล บุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) <ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) <ul style="list-style-type: none"> - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) <ol style="list-style-type: none"> 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate 4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11

	<p>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)</p> <p>5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>5.2 กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรกในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)</p> <p>ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) 			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ 			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 			
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center: HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = $(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2564 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล					
คุณภาพข้อมูล	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน	
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
2564	0	97.38	0	18.36	
2563	100	96.05	82.89	34.87	
วิธีการประเมินผล :	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 (http://spd.moph.go.th/healthdata/) 4. ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ) (http://spd.moph.go.th/healthdata/)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานเฉลี่ยในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ	-	78.45	57.87
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05-321-1048 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮือง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	ชื่อ-สกุล นางสาวภคพร สังข์ทอง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : spd.digitalhealth@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน				

	<p>ชื่อ-สกุล นางเดือนเพ็ญ โยเฮียง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-590-1495,1497 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>ชื่อ-สกุล นายสินสมุทร จันทรทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 03-321-1048 โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : 02-591-8565 E-mail : duanpen@mophmail.go.th สถานที่ทำงาน กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน</p>

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ 59 ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจน เพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคลในแฟ้ม Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ จำนวน 5 ฟิลด์ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
2. ข้อมูลเพศ (SEX)
3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)
4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)
5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)

และให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

5. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)
6. ความสอดคล้อง (Consistency)
7. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)
8. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)

แสดงตามตารางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ดังนี้

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
2	เลขที่บัตรประชาชน (CID)	เลขประจำตัวประชาชน ตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล <u>หมายเหตุ</u> : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชน สัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	ไม่เป็นค่าว่าง-ตรงตามหลัก Mod 11	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 <u>สูตรคำนวณ</u> $CID_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> CID ₁ = ร้อยละข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่างตามมิติ <i>ความถูกต้อง</i> A = ข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่าง B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด	ตรงตามหลัก Mod 11 กรณีสัญชาติไทย	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรวจสอบจากข้อมูล ประชากรสัญชาติไทย โดยมีการเงื่อนไข - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 <u>สูตรคำนวณ</u> $CID_2 = \frac{A}{B} \times 100$	จำนวนข้อมูลที่มีการรับ-ส่งระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)	ส่วนกลางประมวลผลเรื่องความทันเวลาตาม HDC กระทรวงสาธารณสุข

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง				
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข			
							<p>นิยามตัวแปร</p> <p>CID₂ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเลขที่บัตรประชาชน (CID) ตามมติความสอดคล้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเลขที่บัตรประชาชน (CID) ตามมติความสอดคล้อง</p> <p>B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด</p>		
9	เพศ (SEX)	1 = ชาย, 2 = หญิง	ตรงตามรหัสมาตรฐาน	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>สูตรคำนวณ</p> $SEX_1 = \frac{A}{B} \times 100$	รหัสมาตรฐานและค่านำหน้าชื่อต้องตรงกัน	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>รหัสมาตรฐานและค่านำหน้าชื่อต้องตรงกัน (ตรงตามตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ))</p> <p>สูตรคำนวณ</p>			

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง				
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข			
				<p>นิยามตัวแปร</p> <p>SEX₁ = ร้อยละข้อมูลเพศ (SEX) ที่ตรงตามรหัสมาตรฐานตามมิติความถูกต้อง</p> <p>A = ข้อมูลเพศที่ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p>B = ข้อมูล person ทั้งหมด</p>		$SEX_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <p>นิยามตัวแปร</p> <p>SEX₂ = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง</p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง</p> <p>B = ข้อมูล person ทั้งหมด</p>			
10	วันเกิด (BIRTH)	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ. นั้นๆ)	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบและไม่เกิน 120 ปี	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการ เมื่อเทียบจากวันที่ 1 มกราคมของปี ต้องมีค่าอยู่ระหว่างติดลบ 1 และไม่เกิน 150</p> <p>สูตรคำนวณ</p>		<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างเลขบัตรประชาชน ต้องสอดคล้องกับวันเดือนปีเกิด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate 			

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
		<p>หมายเหตุ : YYYY = ปี ค.ศ., MM = เดือน 2 หลัก 01-12, DD = วันที่ 2 หลัก 01-31 และสามารถคำนวณ เป็นวันที่ตามมาตรฐานได้</p>		$BIRTH_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <p>นิยามตัวแปร BIRTH₁ = ร้อยละข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติ ความถูกต้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด</p>		<ul style="list-style-type: none"> - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลัง วันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อน วันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 <p>สูตรคำนวณ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 5px auto;"> $BIRTH_2 = \frac{A}{B} \times 100$ </div> <p>นิยามตัวแปร BIRTH₂ = ร้อยละข้อมูล ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ การประเมินของ วันเกิด (BIRTH) ตามมิติความ สอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน</p>		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง				
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข			
						ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความ สอดคล้อง B = ข้อมูลเพิ่ม person ที่เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1, 3			
15	สัญชาติ (NATION)	รหัสมาตรฐานตามกรมการ ปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <u>สูตรคำนวณ</u> $N_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> N1 = ร้อยละข้อมูลที่ต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด	หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และ หากเป็น ต่างดาว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตร ประชาชน - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 <u>สูตรคำนวณ</u> $N_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> N2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้อง ตามเกณฑ์การ ประเมิน			

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
						<p>ของสัญชาติ (NATION) ตาม <i>มิตีความสอดคล้อง</i></p> <p>A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสัญชาติ (NATION) ตาม <i>มิตีความสอดคล้อง</i></p> <p>B = ข้อมูล Person สัญชาติไทย ทั้งหมด</p>		
24	สถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 = ไม่จำหน่าย <i>หมายเหตุ</i> : กรณี ผู้รับบริการที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบหรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่ายให้เป็น 9	ตรงตามรหัสมาตรฐาน	<p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>ตรงตามรหัสมาตรฐาน</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $D_1 = \frac{A}{B} \times 100$ <p><u>นิยามตัวแปร</u></p> <p>D1 = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ตาม <i>มิตีความถูกต้อง</i></p>	กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น	<p><u>เกณฑ์การประเมิน</u></p> <p>กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น</p> <p>- เชื่อมโยงโดยรหัสสถานบริการ (HOSPCODE) และทะเบียนบุคคล (PID)</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $D_2 = \frac{A}{B} \times 100$		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เต็ม	แก้ไข	เต็ม	แก้ไข		
				A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด		นิยามตัวแปร D2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้องตาม เกณฑ์การ ประเมินของ สถานะ/สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์ การประเมินของ สถานะ/ สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด		

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ

- 1.) ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) หมายถึง ขอบเขตที่ข้อมูล ทั้ง 5 필ด์ คือข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID), ข้อมูลเพศ (SEX), ข้อมูลสัญชาติ (NATION), ข้อมูลวันเกิด (BIRTH), และข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ที่บันทึกตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) มีความถูกต้องเชื่อถือได้
- การคำนวณ: ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON (5 필ด์) ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$= \frac{CID_1 + SEX_1 + BIRTH_1 + N_1 + D_1}{5}$$

- 2.) ความสอดคล้อง (Consistency) หมายถึง ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบที่สอดคล้อง ตามที่โครงสร้างมาตรฐานกำหนด
- การคำนวณ: ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$= \frac{CID_2 + SEX_2 + BIRTH_2 + N_2 + D_2}{5}$$

- 3.) ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) หมายถึง จำนวนข้อมูลที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD ในระหว่างเวลา 3 ครั้งสุดท้ายของการส่งข้อมูลล่าสุด
- การคำนวณ: ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)

$$= \frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ } HDC \text{ รับได้จากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่มีการส่งออกจากหน่วยบริการ}}$$

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ($W_i \times M_i$)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30							
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15							
รวม ($\sum W_i$)	100	ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\frac{\sum(W_i \times M_i)}{\sum W_i}$)						

หมายเหตุ

W	หมายถึง	น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 - 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 80

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล = $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

ตัวอย่างตารางทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 จังหวัดทดสอบ : ใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

ประมวลผลจาก Health Data Center (HDC) ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W _i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M _i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M _i)
			(ไม่ผ่านร้อยละ 50 (< 94.99%))	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (96.00-96.99%)	ร้อยละ 75 (97.00-98.99%)	ร้อยละ 80 (99.00-100%)	
1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 พิลด์) ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	30	99.5208					80	(30x80) = 24
2.ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม	25	97.3751				75		(25x75) = 18.75

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางค์) (M_i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางค์) (M_i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)								
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30	99.6938					80	$(30 \times 80) = 24$
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15	85.8333	50					$(15 \times 50) = 7.5$
รวม ($\sum W_i$)	100		ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\frac{\sum(W_i \times M_i)}{\sum W_i}$)					= 74.25

หมายเหตุ

W	หมายถึง	น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางค์) (M_i)

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางค์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางค์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางค์มีค่าเท่ากับ	ร้อยละ 70

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 – 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 80

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล = $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล}}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}} \times 100$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

(ตัวอย่าง)

สรุปจังหวัดทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 : ใช้ข้อมูลการประมวลผลจาก HDC Service มีคะแนนรวม 4 มิติ = 74.25 คะแนน ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

- | | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1. มิติความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)) | มีคะแนนรวม = 99.5208 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความถูกต้องฯ ตามไตรมาสที่ 1 |
| 2. มิติความสอดคล้อง (Consistency) | มีคะแนนรวม = 97.3751 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความสอดคล้อง ตามไตรมาสที่ 1 |
| 3. มิติความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) | มีคะแนนรวม = 99.6938 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความครบถ้วน สมบูรณ์ ตามไตรมาสที่ 1 |
| 4. มิติความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless) | มีคะแนนรวม = 85.8333 | ไม่ผ่าน เกณฑ์การประเมินมิติความทันต่อการใช้งานฯ ตามไตรมาสที่ 1 |

ข้อเสนอแนะจากตาราง

1. การส่งข้อมูลของหน่วยบริการในทุกมิติให้ถูกต้อง สอดคล้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล มีผลต่อการประเมินผลงานตัวชี้วัดฯ
2. จังหวัดและหน่วยบริการสามารถ Download เอกสารรายละเอียดตัวชี้วัด(Template) และแนวทางการตรวจสอบได้ที่ <http://spd.moph.go.th/healthdata/>

ประเด็นที่ ๖ : ระบบธรรมาภิบาล

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ตัวชี้วัด : ๖๓. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

คำนิยาม หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน ประกอบด้วย

๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียนหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน

๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน

๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน

๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน

๕. รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย

การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ ๗ ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ ๖ ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน

ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้

มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง ๕ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)

มาตรการที่ ๒ : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)

มาตรการที่ ๓ : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)

มาตรการที่ ๔ : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)

มาตรการที่ ๕ : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น (รอบที่ ๑ และรอบที่ ๒)

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๑. หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน			
- ระดับ ๗ ไม่เกินร้อยละ ๒			
- ระดับ ๖ ไม่เกินร้อยละ ๔			

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงาน ในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ ต้องการ
<p>เป้าหมายของมาตรการที่ ๑</p> <p>๑.๑ หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบวิเคราะห์งบการเงิน (เพื่อการบริหาร)* เกณฑ์การตรวจสอบกำหนดโดยส่วนกลาง</p> <p>รอบ ๑ ใช้ข้อมูลปี ๒๕๖๔ ไตรมาส ๔ รอบ ๒ ใช้ข้อมูลปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒</p>	<p>มาตรการที่ ๑ :</p> <p>พัฒนาระบบบัญชี (Accounting)</p>	<p>๑.๑ การประเมินความถูกต้องของการบันทึกบัญชีตามนโยบายบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ ประกอบไปด้วย ความครบถ้วนทันเวลา (ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป) ถูกต้องตามหลักบัญชี และปรับปรุงตามนโยบายบัญชี</p>	<p>หน่วยบริการบันทึกบัญชีอย่างถูกต้องครบถ้วน</p>
<p>เป้าหมายของมาตรการที่ ๒</p> <p>๒.๑ หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ทุกประเภทมากกว่าค่าใช้จ่าย (NI เป็นบวก) กลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน ๒๔ แห่ง</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>รอบที่ ๑ ใช้ข้อมูลแผน Planfin ปี ๒๕๖๕ รอบที่ ๒ ใช้ข้อมูลเปรียบเทียบแผน - ผล ของปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๒</p> <p>* หน่วยบริการมีการจัดทำแผนเงินบำรุง ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒.๒ หน่วยบริการเมื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงของแผนทางการเงิน เป็นแผนแบบที่ไม่มีความเสี่ยง แผนแบบที่ ๑, ๒, ๓</p> <p>ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕</p> <p>ผลงานรอบที่ ๑ ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๙๓ ผลงานรอบที่ ๒ ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ ๙๒</p>	<p>มาตรการที่ ๒ :</p> <p>การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)</p>	<p>๒.๑ ประเมินจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● แผน Planfin มีรายได้มากกว่าค่าใช้จ่าย ● การประเมินความพอเพียงรายได้ของทุกกองทุน* (*ทุกกองทุน ประกอบด้วย (๑) หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) (๒) กองทุนประกันสังคม (๓) กองทุนข้าราชการ (๔) กองทุนแรงงานต่างด้าว และคนต่างด้าว (๕) กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ) <p>๒.๒ ประเมินจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> ● EBITDA เป็นบวก ● ลงทุนไม่เกิน ๒๐% ของ (EBITDA) ● สัดส่วน NWC คงเหลือหลังหักการลงทุน/ต่อรายจ่ายต่อเดือน 	<p>การบริหารจัดการแผนทางการเงิน การคลังอย่างมีประสิทธิภาพ</p>
<p>เป้าหมายของมาตรการที่ ๓</p> <p>๓.๑ ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป</p>	<p>มาตรการ ๓: พัฒนา ศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Competency)</p>	<p>๓.๑ ประชุม/อบรม พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี/หัวหน้ากลุ่มงานประกัน/หัวหน้างานบริหารงานทั่วไป</p>	<p>บุคลากรมีศักยภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๓.๒ ผู้บริหารการเงินการคลัง (CFO) รพศ/รพท/รพช./รองผู้อำนวยการด้านบริหาร/รองนายแพทย์ สสจ. ในระดับจังหวัด		๓.๒ การจัดอบรมหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร เช่น - อบรมเชิงปฏิบัติการบัญชีสำหรับผู้บริหาร / เจาะลึกบัญชีบริหารเพื่อการวางแผนและตัดสินใจ / การเสริมสร้างบทบาทและความเป็นมืออาชีพด้านการบริหารการเงินการบัญชีสำหรับองค์กร / การบริหารความเสี่ยงและกลยุทธ์ทางการเงิน หน่วยงานที่จัดอบรม เช่น สภาวิชาชีพบัญชีฯ / มหาวิทยาลัย <u>หมายเหตุ</u> ส่วนกลาง/เขต/จังหวัด เป็นหน่วยจัดอบรม	
เป้าหมายของมาตรการที่ ๔ ๔.๑ บริหารจัดการด้านการเงินการคลังและปรับเปลี่ยนภายในจังหวัด	มาตรการที่ ๔: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Division of regional health)	๔.๑ การ นำระบบสารสนเทศมาใช้ ๔.๒ การปรับเปลี่ยนเงินช่วยเหลือภายในจังหวัด	หน่วยบริการมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ
เป้าหมายของมาตรการที่ ๕ ๕.๑ หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS) \geq ๑๐.๕ คะแนน (A = ดีมาก, B = ดี)	มาตรการ ๕: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Efficiency)	-การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการ (Total Performance Score : TPS	หน่วยบริการมีประสิทธิภาพทางการเงินการคลัง
๒. หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ - การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้ ๔S ๔C (๓๖ ข้อ เท่ากับ ๗๒ คะแนน)			
๒.๑ มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	๑) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยงาน ๒) มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ๓) มี Flow chart ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ	ข้อ ๑ จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้ ๑) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้คุณภาพ มีองค์ ประกอบ ของคณะทำงาน อย่างน้อย ๓ องค์ประกอบ โดยทำหน้าที่ ๑. ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา ๒. เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	ศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) มีระบบงานคุณภาพตามโครงสร้างที่กำหนดไว้

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
	<p>๔) คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้คำรักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ</p>	<p>๓. ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา ประกอบด้วย</p> <p>๓.๑. สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)</p> <p>๓.๒. เบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS)</p> <p>๓.๓. สิทธิประกันสังคม (SSS)</p> <p>๓.๔. สิทธิพนักงานท้องถิ่น (Local Government Officers : LGO)</p> <p>๓.๕. สิทธิประกันสุขภาพต่างด้าว(FSS)</p> <p>๓.๖. ผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ(Stateless)</p> <p>๓.๗. สิทธิชำระเงินเอง (Out of Pocket) และ พรบ.</p> <p>๒) คำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ</p> <p>๓) แผนผังการปฏิบัติงานระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (Flow chart) ประกอบกันอย่างน้อย ๕ ขั้นตอน</p> <p>๓.๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ</p> <p>๓.๒) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ</p> <p>๓.๓) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)</p> <p>๓.๔) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)</p> <p>๓.๕) มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>๔) รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องรายได้คำรักษาพยาบาลทุกสิทธิ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง</p>	

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>๒.๒ ระบบงานศูนย์จัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)</p>	<p>๑) มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart ๒) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ ๓) มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้ ๔) มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน</p>	<p>๑) มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ๒) มีการปฏิบัติงานตามผังระบบ จัดเก็บรายได้คุณภาพ (Flow chart) ประกอบกันอย่างน้อย ๕ ขั้นตอน ๒.๑) ขั้นตอนการประมวลผล ผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ ๒.๒) การบันทึกลูกหนี้จำใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ ๒.๓) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับ การบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim) ๒.๔) ตรวจสอบผลการ Claim ๒.๕) มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน *ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ๓) มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียน และรายละเอียดค่าใช้จ่าย ใน Software (สามารถระบุชื่อ Software ที่ใช้) ๔) เกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ plus efficiency) มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน ๔.๑ UC ≤ ๖๐ วัน ๔.๒ ขรก ≤ ๖๐ วัน ๔.๓ ปกส. ≤ ๑๒๐ วัน * ผลงาน ๗ plus efficiency ไตรมาสที่ผ่านมา (รอบ ๑ Q๔/๖๔)</p>	<p>มีระบบการเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>๒.๓ มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะ ความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.</p>	<p>๑) มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการ เรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ</p> <p>๒) มีบุคลากรที่รับผิดชอบ ศูนย์จัดเก็บรายได้ ตาม Flowchart ไม่น้อยกว่า ๕ คน ใน รพช. ๑๐ คน ใน รพท. ๑๕ คน ใน รพศ.</p> <p>๓) บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ ศูนย์จัดเก็บรายได้ ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ</p> <p>๔) บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ ศูนย์จัดเก็บรายได้ ได้รับการอบรมหรือพัฒนา ศักยภาพ</p>	<p>๑) ระบุผู้รับผิดชอบตาม แผนผังการปฏิบัติงาน (Flow chart) ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ ครบถ้วน อย่างน้อยตาม ๕ ขั้นตอนที่กำหนด</p> <p>๒) มีบุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตาม Flowchart (โปรดระบุจำนวนบุคลากร)</p> <p>๓) บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ ศูนย์จัดเก็บรายได้ ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ (ได้แก่ ค่าตอบแทน น.๑๑/๑๒ และ พตส.)</p> <p>๔) บุคลากรได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑ คน ๑ ครั้งต่อปี</p>	<p>บุคลากร มีจำนวน เพียงพอและมีขวัญกำลังใจ ในปฏิบัติงาน</p>
<p>๒.๔ มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</p>	<p>๑) มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการ บันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล</p> <p>๒) ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาใน ผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน</p> <p>๓) ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาใน ผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน</p> <p>๔) การส่งข้อมูลการรักษา เพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป</p>	<p>๑) มีคำสั่งมอบหมายงานหรือ คณะทำงานเรียกเก็บทุกกองทุนย่อย ในโรงพยาบาล</p> <p>๒) มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนและรายละเอียดค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วยนอก แยก รายกองทุนย่อย</p> <p>๓) มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนและรายละเอียดค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วยใน แยก รายกองทุนย่อย</p> <p>๔) ส่งข้อมูลเวชระเบียนและรายละเอียดค่าใช้จ่าย ให้หน่วยงานที่บันทึกบัญชี ก่อนวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป</p>	<p>มีการบันทึก ข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน ในระบบศูนย์จัดเก็บรายได้ คุณภาพ</p>

เป้าหมาย	มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
๒.๕ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)	<p>๑) มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล</p> <p>๒) มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</p> <p>๓) มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน</p> <p>๔) บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑ คน ต่อ ๑ ครั้งต่อ ๑ ปี</p>	<p>๑) มีคำสั่งคณะทำงานตรวจสอบเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</p> <p>๒) มีผลการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน</p> <p>๓) มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน</p> <p>๔) บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัสการรักษาพยาบาล ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑ คน ต่อ ๑ ครั้งต่อ ๑ ปี</p>	<p>การบันทึกรหัสการรักษาพยาบาล ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันในระบบศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ</p>
๒.๖ ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	<p>๑) มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย</p> <p>๒) การบริหารจัดการ ข้อมูลติด C ของกองทุน สปสข.</p> <p>๓) การบริหารจัดการ ข้อมูลติด Deny ของกองทุน สปสข.</p> <p>๔) ไม่ได้รับการหัก ๕ % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า</p>	<p>๑) มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย</p> <p>๒) มีการทบทวนและแก้ไข ข้อมูลติด C ให้ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน</p> <p>๓) มีการทบทวนและแก้ไข ข้อมูลติด Deny ให้ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน</p> <p>๔) ไม่ได้รับการหัก ๕ % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า ในทุกกองทุน</p>	<p>มีการเบิกจ่ายที่มีประสิทธิภาพในระบบศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ</p>

๒. หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (ต่อ) - การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey) (๑๔ ข้อ เท่ากับ ๒๘ คะแนน)			
๒.๑ มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	๑) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยงาน	สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS) ๑) ผลการปฏิบัติดำเนินงานตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้คุณภาพ มีองค์ประกอบ ของคณะกรรมการ ดังต่อไปนี้ ๑. มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ ๒. มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ๓. มีผลรวมของลูกหนี้สุทธิในทุกเดือน	ศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) มีระบบงานคุณภาพตามโครงสร้างที่กำหนดไว้
๒.๒ ระบบงานศูนย์จัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	๑) มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart ๒) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ	มีการปฏิบัติงานตามผัง ๕ ขั้นตอนดังต่อไปนี้ ๑) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก ๒) มีการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอกในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในครบถ้วน ๓) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ๔) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน *ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	มีระบบการเรียกเก็บทุกกองทุนที่มีประสิทธิภาพ

<p>๒.๓ มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</p>	<p>๑) มีคำสั่งมอบหมาย หน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุน ย่อย ในการ บันทึกข้อมูลการ รักษาพยาบาล ๒) ผู้ป่วยนอก มีการ บันทึกข้อมูลการรักษาใน ผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน ๓) ผู้ป่วยใน มีการบันทึก ข้อมูลการรักษาใน ผู้รับบริการ เฉพาะกองทุน ครบถ้วน ๔) การส่งข้อมูลการรักษา เพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๕ ของเดือนถัดไป</p>	<p>๑) มีคำสั่งมอบหมายงานหรือ คณะทำงานการตรวจสุขภาพ ในกลุ่มข้าราชการภายในพื้นที่ ๒) มีการบันทึกข้อมูลเวช ระเบียบและรายละเอียด ค่าใช้จ่าย ในระบบผู้ป่วยนอก ๓) มีการบันทึกค่าห้องพิเศษ ของผู้ป่วยใน ครบถ้วนถูกต้อง ตามประเภทของห้องพิเศษที่ โรงพยาบาลกำหนด ๔) ส่งข้อมูลเวชระเบียบและ รายละเอียดค่าใช้จ่าย ให้ หน่วยงานที่บันทึกบัญชี ก่อน วันที่ ๕ ของเดือนถัดไป</p>	<p>มีการบันทึก ข้อมูลกิจกรรม การรักษา ครบถ้วน และ เป็นปัจจุบัน ในระบบศูนย์ จัดเก็บรายได้ คุณภาพ</p>
<p>๒.๔ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</p>	<p>๑) มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูล ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ๒) มีการบันทึกรหัส การ รักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน</p>	<p>๑) มีผลการตรวจสอบเวช ระเบียบของผู้ป่วยใน ๒) มีการส่งเรียกเก็บภายใน ๓๐ วันหลังจากจำหน่ายผู้ป่วย ใน</p>	<p>มีการบันทึก รหัสการรักษา พยาบาล ครบถ้วน และ เป็นปัจจุบัน ในระบบศูนย์ จัดเก็บรายได้ คุณภาพ</p>
<p>๒.๕ ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละ กองทุน</p>		<p>๑) มีการทบทวนและแก้ไข ข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติการ เบิกจ่าย ภายใน ๕ วันทำการ</p>	<p>มีการเบิกจ่าย ที่มี ประสิทธิภาพ ในระบบศูนย์ จัดเก็บรายได้ คุณภาพ</p>

เกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บ

เกณฑ์การประเมินศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ โดยมีคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน แบ่งเป็น ๕ ระดับ ดังนี้

GRADE	ระดับ	ช่วงคะแนน
A	ดีมาก	๙๑ - ๑๐๐
B	ดี	๘๑ - ๙๐
C	ปานกลาง	๖๑ - ๘๐
D	พอใช้	๕๑ - ๖๐
F	ปรับปรุง	น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๕๐ คะแนน

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน			
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๐ ระดับ ๖ ≤ ร้อยละ ๐	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๐ ระดับ ๖ ≤ ร้อยละ ๐	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๑ ระดับ ๖ ≤ ร้อยละ ๒	ร้อยละของหน่วย บริการประสบภาวะ วิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗ ≤ ร้อยละ ๒ ระดับ ๖ ≤ ร้อยละ ๔
๒. หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ตรวจราชการรอบที่ ๑		ตรวจราชการรอบที่ ๒	
หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๗๕		หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีและดีมาก ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงาน จากเว็บไซต์ <http://hfo64.cfo.in.th/>

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางปิยาณี จิตเจนสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางบุญยานุช กั้นทะวงค์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนงานที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	<p>7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ</p>		
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป (หน่วยบริการ จำแนกตามระดับ Service Plan ระดับ A นครพิงค์ , ระดับ M1 ฝาง จอมทอง สันทราย และระดับ M 2 สันป่าตอง) ทั้งระดับพื้นฐาน และระดับคุณภาพ ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือ ภาวะพลัดตกหกล้ม (2)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M 2 ขึ้นไป (จำแนกตามระดับ Service Plan รวม 5 แห่ง ได้แก่ ระดับ A นครพิงค์ ,ระดับ M1 ฝาง จอมทอง สันทรายและระดับ M 2 สันป่าตอง)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ 2564 , มีจำนวน 295,829 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่)</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	
	1. ภาวะสมองเสื่อม	≥ 30%	
	2. ภาวะพลัดตกหกล้ม	≥ 30%	
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับบริการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. คณะกรรมการงานผู้สูงอายุ</p> <p>2. รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p>		
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (Website http://agingthai.dms.moph.go.th)		

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	1. โรงพยาบาลเป้าหมายประเมินตนเอง ไตรมาสที่ 2- 3 – 4 ของปีงบประมาณ 2. คณะกรรมการจังหวัด ทำการประเมิน ไตรมาสที่ 3 – 4 ของปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมินปี 2565:

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ 25%	≥ 27.5 %	≥ 30%
2. ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ 25%	≥ 27.5 %	≥ 30%

Small Success ปี 2565

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	เดือน
<ul style="list-style-type: none"> • แจ้งเรื่อง คู่มือ การประเมินคลินิกผู้สูงอายุ ของ กรมการแพทย์ • แจ้งการจัดทำระบบ รายงานผลการ ประเมินผ่าน website • จังหวัด Zoom อบรมแนวทางการ ดำเนินงานและ การ ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ ให้แก่ โรงพยาบาลระดับ M 2 ขึ้นไป ทั้ง 5 แห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> • โรงพยาบาล เป้าหมายทำ การประเมินตนเอง รอบ 6 เดือน โดย ผ่าน เว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบัน เวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ • สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ ติดตาม กำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้ ประเมินได้ตาม เป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> • โรงพยาบาล เป้าหมายทำ การ ประเมินตนเองรอบ 9 เดือน โดยผ่านเว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุ ของสถาบัน เวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ • สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่ ติดตาม กำกับ ดูแล โรงพยาบาลให้ ประเมินได้ตาม เป้าหมาย 	<ul style="list-style-type: none"> • โรงพยาบาลเป้าหมายทำ การประเมินตนเองรอบ 12 เดือนโดยผ่านเว็บไซต์คลินิกผู้สูงอายุของสถาบัน เวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ • สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุกรมการแพทย์ รวบรวมประเมินผลและ ออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับ โรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัดและเขตสุขภาพ • สรุปผลการดำเนินงาน และวางแผนการ ดำเนินงานสำหรับ ปีงบประมาณ 2566

			<ul style="list-style-type: none"> ● จัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน 		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษา ในคลินิกผู้สูงอายุ 				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. แนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 3. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 4. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website http://agingthai.dms.moph.go.th 				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	ร้อยละ	2562	2563	2564
			-	-	-
	หมายเหตุ – เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการและประสานตัวชี้วัด :	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05 321 1048 สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 2. นางอารีรัศมี แสนจิตต์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05 321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 089 952 9029 โทรสาร : 05 321 1740 E-mail : arerersame@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. นางอารีรัศมี แสนจิตต์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05 321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 089 952 9029 โทรสาร : 05 321 1740 E-mail : arerersame@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 				

จำนวนหน่วยบริการ จำแนกตามระดับ Service Plan เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564

อำเภอ	A	S	M1	M2	F1	F2	F3
เมือง เชียงใหม่	0	0	0	0	0	0	0
จอมทอง	0	0	1	0	0	0	0
แม่แจ่ม	0	0	0	0	0	1	0
เชียงดาว	0	0	0	0	1	0	0
ดอย สะเก็ด	0	0	0	0	0	1	0
แม่แตง	0	0	0	0	0	1	0
แมริม	1	0	0	0	0	0	0
สะเมิง	0	0	0	0	0	1	0
ฝาง	0	0	1	0	0	0	0
แม่ฮ่าย	0	0	0	0	0	1	0
พร้าว	0	0	0	0	0	1	0
สันป่าตอง	0	0	0	1	0	0	0
สันกำแพง	0	0	0	0	0	1	0
สันทราย	0	0	1	0	0	0	0
หางดง	0	0	0	0	1	0	0
ฮอด	0	0	0	0	0	1	0
ดอยเต่า	0	0	0	0	0	1	0
อมก๋อย	0	0	0	0	0	1	0
สารภี	0	0	0	0	0	1	0
เวียงแหง	0	0	0	0	0	1	0
ไชย ปราการ	0	0	0	0	0	1	0
แม่วาง	0	0	0	0	0	1	0
แม่อน	0	0	0	0	0	1	0
ดอยหล่อ	0	0	0	0	0	1	0
กัลยาณิ วัฒนา	0	0	0	0	0	0	1
รวม	1	0	3	1	2	16	1

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	39. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
คำนิยาม	*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข *การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ 58 (Retention Rate ระบบสมัครใจ)
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ ต่อเนื่อง อย่าง น้อย 1 ปี หลัง การ บำ บั ด ร ัก ข ษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต.
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย ของ ผู้ป่วย ตามมาตรฐาน ของ กระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
58	58	58	58		
วิธีการประเมินผล :	สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) เกณฑ์การให้คะแนน				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	
	40	45	50	55	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ประเทศ	ร้อยละ	41.23	43.53	57.56
เชียงใหม่	ร้อยละ	23.48	29.17	64.16	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายเกรียงไกร ยอดเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 1287 9799 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : kriang_@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสาวสุภาพร หน่อไชยวงศ์สิทธิวงค์ งานยาเสพติด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 09 0757 3021 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : drugcm2018@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวสุภาพร หน่อไชยวงศ์สิทธิวงค์ งานยาเสพติด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 09 0757 3021 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : drugcm2018@gmail.com				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นายเกรียงไกร ยอดเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 1287 9799 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : kriang_@hotmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน			
คำนิยาม	<p>เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p> <p>โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีความระหว่าง +1.5 S.D. ถึง -1.5 S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง)</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน โดยมีค่าต่ำกว่า -2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + 2 S.D. ขึ้นไป</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน โดยมีค่าต่ำกว่า - 2 S.D.</p> <p>ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 12 ปี (เด็กอายุ 12 ปีเต็ม ถึง 12 ปี 11 เดือน 29 วัน)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ชื่อตัวชี้วัด	ปี 2563	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	66	68
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-	
	-เด็กชาย (เซนติเมตร)			154
	-เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี</p> <p>2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ทุกสังกัด			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ : พื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก40.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 150.3 เซนติเมตร		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มาใช้บริการ)		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน		
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม		
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน		
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย		
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กชายอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของเด็กหญิงอายุ 12 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 9	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 10	B2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทุกคนในเขตรับผิดชอบ		
รายการข้อมูล 11	B3 = จำนวนเด็กชายอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 12	B4 = จำนวนเด็กหญิงอายุ 12 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด สำรวจเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะทุพโภชนาการโดยภาพรวม	<p>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1/B1) \times 100$</p> <p>2. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม = $(A2/B1) \times 100$</p> <p>3. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = $(A3/B1) \times 100$</p> <p>4. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย = $(A4/B1) \times 100$</p> <p>5. ความครอบคลุม = $(B1/B2) \times 100$</p> <p>6. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี = $(A5/B3)$</p> <p>7. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี = $(A6 / B4)$</p>		
ระยะเวลารายงาน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2564) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค. ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2565) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.		
เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ)			
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	66	-	66
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน

-	66	-	66
---	----	---	----

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	68	-	68

การกระจายค่าเป้าหมายรายเขตสุขภาพ ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

เขตสุขภาพ	ค่าเป้าหมายปี 2564
เขต 1 เชียงใหม่	63
เขต 2 พิษณุโลก	65
เขต 3 นครสวรรค์	62
เขต 4 สระบุรี	66
เขต 5 ราชบุรี	64
เขต 6 ชลบุรี	67
เขต 7 ขอนแก่น	72
เขต 8 อุดรธานี	66
เขต 9 นครราชสีมา	68
เขต 10 อุบลราชธานี	69
เขต 11 นครศรีธรรมราช	67
เขต 12 ยะลา	64

ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 5
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 5

วิธีการ ประเมินผล :	<p>1. จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>1.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่</p> <p>1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนการป้องกันและแก้ไขปัญหา</p> <p>ภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลรวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและจัดการแก้ไขปัญหาทุกคน - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ ฯลฯ ภายใต้ความรู้ด้านสุขภาพ - พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้น <p>การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ตาม AAIM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน (รายละเอียดแนบท้าย)</p>
--------------------------------------	---

	<p>- จัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทันตสุขภาพ และสุขอนามัย เช่น ส่งเสริมการบริโภคไข่ ต้มนมจืด ในวันไขโลก วันเด็กแห่งชาติ และวันนมโลก กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก สายตา สุขภาพช่องปาก ฯลฯ</p> <p>1.3 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2564) พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2565) พื้นที่ซ่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.</p> <p>1.4 รวบรวม สรุปและรายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดส่งศูนย์อนามัยเขตตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ศูนย์อนามัยมีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>2.1 ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล ความครอบคลุมภาวะโภชนาการและเทียบเคียงกับค่าเป้าหมายในระบบรายงาน HDC</p> <p>2.2 รายงานผลการดำเนินงานส่งส่วนกลาง รายไตรมาส</p>
<p>เอกสาร สนับสนุน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book :http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html PDF :http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf 2. สื่อ NuPETHS Animation 3. คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนตามแนวคิด Active learning 4. แผ่นพับโภชนาการดี สูงดีสมส่วน 5. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย 6. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข และคลินิก DPAC 7. คู่มือผู้จัดการน้ำหนักรเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 8. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 9. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น 10. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง 11. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน 12. หนังสือสารพัดเมนูไข่สำหรับเด็กวัยเรียน 13. แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น 14. คู่มือ สมัครขอรับรางวัลองค์กรที่มีวิถีปฏิบัติเป็นเลิศ และองค์กรรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทยสูง สมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี 15. สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ วีดีโอ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย : www.chopachipa.org http://dopah.anamai.moph.go.th/?page_id=78

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2561	2562	2563	2564
	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงที่สุดส่วน	ร้อยละ	65.5	61.5	65.7	68.85
	เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	ร้อยละ	4.7	5.1	4	3.35
	เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.8	13.6	12.5	8.05
	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.7	8.9	6	6.22
	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี * วัดผลในปี 2565 ชาย 154 ซม. หญิง 155 ซม.	cm.	-	ชาย = 147.7 หญิง = 148.9	ชาย = 148.7 หญิง = 149.8	ชาย = 112.52 หญิง =111.89
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด ระดับจังหวัด	<p>1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0898382564 E-mail : Pattarin77@hotmail.com</p> <p>2. นางนุชสาคร เขมะศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0840421426 E-mail : nussakon@gmail.com</p>					
ผู้รับผิดชอบ รายงาน / ผล การดำเนินงาน	นางนุชสาคร เขมะศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0840421426 E-mail : nussakon@gmail.com					

A²IM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

เป้าหมาย ปี 2565 สูงดีสมส่วน ร้อยละ 68 ส่วนสูงเฉลี่ย อายุ 12 ปี เด็กชาย 154 ซม. เด็กหญิง 155 ซม.

Assessment

	Intervention	Management
สูงดีสมส่วน : นำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง และมีส่วนสูงตามเกณฑ์	- เด็กวัยเรียนควรกินอาหารใน 1 วัน : •• ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี •• ผัก 4 ทัพพี/12 ช้อนกินข้าว • ผลไม้ 3 ส่วน •• เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว • นม 2-3 แก้ว	• ระดับประเทศ/กระทรวง - นโยบายส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน - มาตรการสนับสนุนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์ - มาตรการ : ดื่มนมจืด 2 แก้วทุกวัน กินผัก 4 ช้อนกินข้าวทุกมื้อ แปรงฟันละ 2 ครั้งๆ ละ 2 นาที กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จรูญใจเหนื่อยหอบอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน และตรวจสายตา - พัฒนารูปแบบทีม นิเทศ ติดตามและประเมินผล แบบบูรณาการร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันที่สำคัญ
อ้วน : นำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากันมีโอกาสเกิดโรค NCD แทรกซ้อน	- ลดข้าว-แป้ง-น้ำตาล และไขมัน • ดื่มนมรสจืดไขมันต่ำ 2 แก้ว • กินอาหารที่มีแคลเซียมสูง • ลดการกินจุบจิบ ประเภททอด และของหวาน • กินผลไม้รสหวานน้อยเป็นอาหารว่างแทนขนม และ เครื่องดื่มรสหวาน	• ระดับจังหวัด/อำเภอ - พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง เด็กฟันผุ สายตาคิดปกติ ส่งระบบบริการ สุขภาพ - เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือน - พัฒนาการขับเคลื่อนและขยายผลงานเครือข่ายโรงเรียน
ผอม : นำหนักน้อยกว่ามาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ขาดสารอาหาร	- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น •• อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง • ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน •• กินไข่ 1-2 ฟอง • กินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้น : ทอด ผัด กะทิ •• เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง •• เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ	• ระดับท้องถิ่น/ชุมชน/ครอบครัว - การจัดการสิ่งแวดล้อมต่ออาหาร การออกกำลังกาย การแปรงฟัน และการตรวจสายตา - เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยง โดยนักจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน/ อสม.วัยเรียน/ผปค. - พัฒนา HL โดยบูรณาการเนื้อหาสุขภาพในหลักสูตรและพัฒนาระบบการ การส่งเสริม HL ในเด็กให้มีประสิทธิภาพ
เด็ย : ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กที่มีอายุเท่ากัน เด็กเติบโตไม่ดีขาดอาหารเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อย	- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น • ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน • กินไข่ 1-2 ฟอง • เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ	
	กินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายปริมาณและสัดส่วน ตามค่าแนะนำใน 1 วัน ลดการบริโภคน้ำตาล และการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านอาหาร	
	แปรงฟันทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที เน้นก่อนนอน	
	นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 9-11 ชม.ทุกวัน	
	ส่งเสริมให้มีตรวจสายตาเด็กนักเรียน	
	ส่งเสริมให้มีความรู้ เพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต เช่น พัฒนาการทางเพศ และสุขอนามัยทางเพศ การดูแลรักษาความสะอาด และพฤติกรรมทางเพศ	

Advocacy

- **Inform** : องค์กรความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเด็กวัยเรียน สื่อสารสาธารณะ Key Message ฐานข้อมูลเด็กวัยเรียนรายเขตสุขภาพ
- **Mobilize community / partnership** : การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย รัฐ เอกชน ท้องถิ่น ผปค. อสม.วัยเรียน แกนป่านักเรียน มาตรการทางสังคมและชุมชน
- **Invest** : เขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต กองทุนสุขภาพตำบล ท้องถิ่น และภาคเอกชน

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ● สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูงเมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ● สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัยชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง ● สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) ● ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ● 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี ● มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ● ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย 2) จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ 3) มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	62	63	64	65
1. ร้อยละเด็กสูงตีสมส่วน	57	60	62	64
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	-	113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)				112
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก 3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก 4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กที่เป็นปัจจุบันจากหมู่บ้าน ศูนย์เด็กเล็ก และสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่รวมการรับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน			
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง			
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด			
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด			
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด			
รายการข้อมูล 7	B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B2 / B1) \times 100$ 2) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมส่วน = $(A1 / B2) \times 100$ 3) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B3)$ 4) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B4)$			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง คือ ไตรมาสที่ 1, 2, 3, 4			

เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ)

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
51	53	55	57

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
57	58	59	60

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
60	61	61.5	62

ปี 2565:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
62	63	63.5	64

วิธีการประเมินผล :

1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน
2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านกลไกในพื้นที่
3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย พร้อมข้อเสนอแนะของหน่วยบริการระดับอำเภอและตำบล ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน :

1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์
3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี
4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย
5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)
6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย
7. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง
9. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต
10. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน							
ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2560	2561	2562	2563	2564
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน		ร้อยละ	41.99	39.36	49.05	51	51.98
ส่วนสูงเฉลี่ยที่ อายุ 5 ปี	ชาย =113	เซนติเมตร	108.91	107.20	107.10	107.81	107.86
	หญิง=112	เซนติเมตร	108.16	106.58	106.58	106.99	107.14
*ข้อมูลรายงานจาก HDC ณ 27 ตุลาคม 2564							
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0898382564 E-mail : Pattarin77@hotmail.com</p> <p>2. นางจิปราณี ยิ้มยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0816741461 E-mail : Jipranee@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชรภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0813868698 E-mail : Maipatcha1404@gmail.com</p>						
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	<p>1. นางจิปราณี ยิ้มยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0816741461 E-mail : Jipranee@hotmail.com</p> <p>2. นางสาวพัชรภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0813868698 E-mail : Maipatcha1404@gmail.com</p>						

ประเด็นยุทธศาสตร์	1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้ ได้แก่ 1) ยาเม็ดคุมกำเนิด 2) ยาฉีดคุมกำเนิด 3) ท่วงอนามัย 4) ยาฝังคุมกำเนิด 5) ถุงยางอนามัย 6) หมันชาย และ 7) หมันหญิง ภายใน 42 วันหลังคลอดหรือหลังแท้ง ต่อหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปี ที่ทำการเก็บข้อมูล และได้รับการคุมกำเนิดภายใน 42 วัน หลังคลอดหรือหลังแท้ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอดและการแท้งบุตร ในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ** กรณีระบบ HOSxP ไม่สามารถส่งข้อมูลคุมกำเนิดของผู้มารับบริการคลอดหรือแท้งที่อยู่ระหว่างนอนโรงพยาบาลได้ (IPD) ได้ เสนอทางแก้ไขดังนี้ 1. ประสานบริษัท HOSxP เพื่อปรับปรุงระบบให้สามารถส่งข้อมูลได้ 2. ปรับให้ทุกโปรแกรมการบันทึกข้อมูลสามารถบันทึกและส่งออกข้อมูลการให้บริการคุมกำเนิดทุกประเภทได้ทั้งใน OPD และ IPD case 3. ปรับ Template โดยเปลี่ยนแฟ้มที่ดึงข้อมูลจาก Labor เป็น Procedure_IPD/OPD และคัดกรองผู้มารับบริการคลอดหรือแท้งจากรหัสมาตรฐาน ICD-9-CM หรือ ICD-10-TM (รหัสเหตุการณ์) (PROCEDCODE)

<p>รายการข้อมูล 1</p>	<p>รายการข้อมูล 1:</p> <p>A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการคุมกำเนิดจากแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการคุมกำเนิดภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด ไม่ว่าจะในสถานบริการที่คลอด/แท้งบุตรหรือสถานบริการอื่นที่ไม่ได้ทำคลอด/แท้ง ด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่งได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย, หมันหญิง (FPTYPE = 1-7) - ได้รับการบริการภายใน 42 วันหลังคลอดหรือหลังแท้ง (DATE_SERV(FP) BDATE(LABOR) < 42 วัน ร่วมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม LABOR เพื่อกำหนดเงื่อนไขดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร BTYPE=1-6) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด <p>BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง < 20ปี</p> <p>*** ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลในแฟ้ม LABOR ให้เชื่อมโยงข้อมูลกับแฟ้ม WOMEN ร่วมกับแฟ้ม WOMEN จำนวนบุตรทั้งหมด (TOTALSON) ≥1 หรือจำนวนการแท้งบุตร ABORTION ≥1 หรือ จำนวนทารกตายในครรภ์ (STILLBIRTH) ≥1</p> <ul style="list-style-type: none"> - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE ข้าให้ตัดออก) เชื่อมต่อกับแฟ้ม PERSON เพื่อจำแนกประชากรเฉพาะ TypeArea=1, 3 ของเขตที่รับผิดชอบ <p>หมายเหตุ**</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้การคุมกำเนิดในสถานบริการ สามารถเชื่อมต่อการคลอดในสถานบริการใดๆ ได้ทุกแห่งโดยไม่จำกัดเฉพาะสถานบริการที่มาคลอดเท่านั้น - ควรมีการเพิ่มข้อมูลจากแฟ้ม FP ชายที่สมรสหรืออยู่กินกับหญิงอายุ < 20 ปี ที่มารับบริการทำหมันชาย (PFTYPE=6) ด้วย
<p>รายการข้อมูล 2</p>	<p>รายการข้อมูล 2:B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร BTYPE(LABOR) =1-6) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด <p>BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง < 20 ปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE ข้าให้ตัดออก) - เป็นประชากร Type Area (PERSON) =1,3 ของเขตที่รับผิดชอบ)
<p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1</p>	<p>(A/B) X 100</p>
<p>ระยะเวลาประเมินผล</p>	<p>ทุก 3 เดือน</p>
<p>เกณฑ์การประเมินผล พ.ศ.2565</p>	<p>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60</p>

หน่วยจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการวางแผนครอบครัว				
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	ระบบรายงานจาก Health Data				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2562	2563	2564
	- ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	33.18	36.67	30.45
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางภัทรินท์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com</p> <p>2. นางคณิตา กวางศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางคณิตา กวางศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com				
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง				

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ระดับการวัดผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน								
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน								
เกณฑ์เป้าหมาย: (อัตราต่อพัน)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 1.2</td> <td>ไม่เกิน 1.0</td> <td>ไม่เกิน 0.9</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ไม่เกิน 1.2	ไม่เกิน 1.0	ไม่เกิน 0.9
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65							
ไม่เกิน 1.2	ไม่เกิน 1.0	ไม่เกิน 0.9							
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 10-14 ปี ปีที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 10-14 ปี ที่มีในแฟ้ม Labor								
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 10-14 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุ 10-14 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 1,000 =$ อัตราการคลอด HDC								
รายการข้อมูล (adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีปัจจุบัน (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC X 4/1 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC X 4/4								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 2	AXB = การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี (adjusted)								

ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565				
เกณฑ์การประเมิน :	ปี พ.ศ.2565				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 0.9	ไม่เกิน 0.9	ไม่เกิน 0.9	ไม่เกิน 0.9	
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2562	2563	2564
	- อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ค่า adjusted (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	2.03	1.05	2.64
	- การเฝ้าระวังอัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ในระบบ HDC ฐานข้อมูล (ประชากรในเขตรับผิดชอบจากการสำรวจ Type Area =1,3)	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	0.90	0.67	0.82
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com				

ประเด็นยุทธศาสตร์	1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)
คำนิยาม	ร้อยละหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร(ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ต่อหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ ภายใน 42 วัน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปี ที่ทำการเก็บข้อมูล และได้รับการคุมกำเนิดภายใน 42 วัน หลังคลอดหรือหลังแท้ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอดและการแท้งบุตร ในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปีเศษลง < 20 ปี - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID + BDATE) ร่วมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม PF ภายใต้เงื่อนไขดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย และหมันหญิง (FPTYPE = 1-7) - ได้รับการภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด DATE_SEAR1(FP) - BDATE (LABOR) ≤ 42 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปีเศษลง < 20 ปี - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (Record ที่ CID + BDATE ซ้ำให้ตัดออก)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	(A/B) X 100

ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมินผล พ.ศ.2565	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 35				
หน่วยจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการวางแผนครอบครัว				
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	ระบบรายงานจาก Health Data				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2562	2563	2564
	- ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	21.06	22.27	32.64
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com</p> <p>2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com</p>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com				
การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์	เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง				

ประเด็นยุทธศาสตร์	1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี
คำนิยาม	จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตรเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จากแท้ม LABOR ต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแท้ม LABOR
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 13
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอด ทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล ที่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดและการแท้งบุตร ในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จากแท้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปีเศษลง < 20 ปี - เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป GRAVIDA (LABOR) ≥ 2 นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID + BDATE)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแท้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปีเศษลง < 20 ปี นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID + BDATE)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 100 =$ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำ
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี พ.ศ.2565					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ไม่เกิน 13		ไม่เกิน 13		ไม่เกิน 13	
รอบ 12 เดือน		ไม่เกิน 13			
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	ระบบรายงานจาก Health Data				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2562	2563	2564
	- ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	16.15	18.36	15.28
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 089-8382564 โทรสาร : 053-211740 Email: pattarin77@hotmail.com 2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
แผนงานที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)	
โครงการที่	1. พัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด	
ชื่อตัวชี้วัด	1. พระคิลานุปัฏฐากประจำวัด 1 รูป/ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. ร้อยละ 65 วัดในชุมชนผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน 3. วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 วัด/ 1 อำเภอ 4. ร้อยละ 15 ของพระสงฆ์ แม่ชี และสามเณรผ่านเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	
คำนิยาม	<p>พระคิลานุปัฏฐาก หมายถึง ภิกษุสามเณรที่ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือเพื่อนภิกษุสามเณรด้วยกันในเวลาอาพาธ</p> <p>วัดส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง วัดที่มีการบริหารจัดการวัดให้เอื้อโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมของประชาชน และชุมชน โดยมีคุณสมบัติการดำเนินงาน 5 ร. คือ สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต (วิญญูญาณ) และชาวประชาร่วมพัฒนา (เป็นหมายวัดในจังหวัดเชียงใหม่ 1,459 วัด)</p> <p>วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Tempel) คือ วัดที่มีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม และถือว่าการดูแลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องของทุกคนในวัด มีการจัดระบบ กระบวนการ และบริการ ให้มีความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร และเอื้อให้พระสงฆ์ สามเณรและนักบวช มีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม จนพระสงฆ์ สามเณร นักบวช ประชาชน และชุมชน เกิดการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันได้</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อ สุขภาพของบุคคลนั้น ๆ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ด้านทันตกรรม/การดูแลช่องปาก 2. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง 3. มีกิจกรรมทางกาย (เช่น การเดิน/บิณฑบาต/กวาดลานวัด/ทำสวน ฯลฯ) อย่างน้อยวันละ 30 นาที ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์ 4. ฉันทน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 5. ลด/หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มชูกำลัง/ชา/กาแฟ/น้ำอัดลม 6. ฉันทผักและผลไม้สด ได้วันละ 400 กรัมหรือ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) 7. ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่ 	
เกณฑ์เป้าหมาย :	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65
	1. พระคิลานุปัฏฐาก	1รูป/1รพ.สต
	2. วัดส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน	ร้อยละ 65
	3.วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ	1วัด/1อำเภอ
	4.พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์พระสงฆ์ แม่ชี และสามเณร	ร้อยละ 15

วัตถุประสงค์	1. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพแบบบูรณาการ 2. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ สามเณร 3. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูล พระสงฆ์ แม่ชี สามเณร และวัดส่งเสริมสุขภาพ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	พระสงฆ์ แม่ชี และ สามเณร
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ระบบ MOOC Anamai
แหล่งข้อมูล	http://mooc.anamai.moph.go.th
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนพระคิลานุปัฏฐากคู่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ทั้งหมด268รูป)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ (ทั้งหมด268แห่ง)
รายการข้อมูล 3	C = วัดส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน (949วัด)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนวัดในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด (1,459 วัด)
รายการข้อมูล 5	E= วัดรอบรู้ด้านสุขภาพในอำเภอ (25วัด)
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ (ทั้งหมด 25 อำเภอ)
รายการข้อมูล 7	G = จำนวนพระสงฆ์ แม่ชี และสามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (1,657 คน)
รายการข้อมูล 8	H = จำนวนพระสงฆ์ แม่ชี และสามเณรในจังหวัดเชียงใหม่ (ทั้งหมด 11,046 คน)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 1	จำนวนพระคิลานุปัฏฐากคู่กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล = (A/B)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 2	ร้อยละของจำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน = $(C/D) \times 100$
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 3	จำนวนวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ = (E/F)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 4	ร้อยละของจำนวนพระสงฆ์ แม่ชี และสามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ = $(G/H) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	1. โรงพยาบาลเป้าหมายประเมินตนเอง ไตรมาสที่ 2-3 - 4 ของปีงบประมาณ 2. คณะกรรมการจังหวัด ทำการประเมิน ไตรมาสที่ 3 - 4 ของปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมิน ปี 2565:				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.พระคิลานุปัฏฐาก	-	-	-	1รูป/1รพ.สต
2. วัดส่งเสริมสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน	-	50%	60%	65%
3.วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ				25 วัด
4.พฤติกรรมสุขภาพที่พึง ประสงค์พระสงฆ์ แม่ชี และสามเณร		10%	15%	
Small Success ปี 2565				
3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12เดือน	
1. ประชาสัมพันธ์ให้ พระสงฆ์ให้สมัครเรียน online หลักสูตรพระคิลา นุปัฏฐาก (70 ชั่วโมง) 2. อบรมทำความเข้าใจกับ พื้นที่และสนับสนุน เครื่องมือ/สื่อต่างๆ	- ดำเนินการสำรวจ พฤติกรรมพึงประสงค์ พระสงฆ์ ชี สามเณร ทุกวัด พร้อมทั้ง สำรวจวัดส่งเสริม สุขภาพในหมู่บ้าน/ ตำบล 1.วัดส่งเสริมสุขภาพ พื้นฐาน ร้อยละ 65 ของจำนวนวัดทั้งหมด ในจังหวัด (1,459 วัด) 2.พฤติกรรมพึง ประสงค์ประชากร พระสงฆ์ ชี สามเณร ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 15	พระคิลานุปัฏฐาก1รูป/1 โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล	1.พื้นที่พัฒนาวัดส่งเสริม สุขภาพและวัดรอบรู้ด้าน สุขภาพ 1 วัด/1 อำเภอ 2.โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลเป้าหมาย ประเมินตนเองผ่านเว็บไซต์ กรมอนามัย 3.สรุปผลการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงาน สำหรับ ปีงบประมาณ 2566 4.จัดกิจกรรมสรุปผลการ ดำเนินงาน	
วิธีการ	1. ทำการประเมินตามระบบ MOOC Anamai			
ประเมินผล:	2. เป้าหมายพระคิลานุปัฏฐาก1รูป/1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ สู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 วัด/1 อำเภอ และพฤติกรรมพึงประสงค์พระสงฆ์ ชี สามเณร			
เอกสาร สนับสนุน :	1. คู่มือการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 2. สมุดบันทึกสุขภาพพระสงฆ์ 3. คู่มือแนวทางพัฒนาระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก 4. แนวทางการพัฒนารูปแบบพระคิลานุปัฏฐาก 5. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถดาวน์โหลดจาก website http://mooc.anamai.moph.go.th			
ผู้ให้ข้อมูล ทางวิชาการ และประสาน ตัวชี้วัด :	1. นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05 321 1048 สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ			

	<p>2. นางอารีรัมย์ แสนจิตต์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05 321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 089 952 9029 โทรสาร : 05 321 1740 E-mail : arereratsame@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p>
<p>ผู้รับผิดชอบ การรายงาน ผลการ ดำเนินงาน :</p>	<p>1. นางอารีรัมย์ แสนจิตต์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 05 321 1048 โทรศัพท์มือถือ : 089 952 9029 โทรสาร : 05 321 1740 E-mail : arereratsame@hotmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อตัวชี้วัด	6. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการ และในชุมชน 6.1 ร้อยละของการใช้ระบบติดตามผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 6.2 ร้อยละของผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเอง
ตัวชี้วัดย่อยที่ 6.1	ร้อยละของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สม่ำเสมอ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ / ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทายยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 ชั่วโมง 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยานและการท่องเที่ยว(ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561 –2573) 3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6 – 7 วันต่อสัปดาห์) 4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561

เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพที่ดีได้ และผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น และลดปัญหาปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม 4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มี ADL =20 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของจังหวัดเชียงใหม่ (อำเภอป่าสัก: อำเภอสารภี อำเภอฝาง และอำเภอแม่แจ่ม)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพ (กลุ่ม ผสย.ในอำเภอป่าสัก: อำเภอสารภี อำเภอฝาง และอำเภอแม่แจ่ม) ตามระเบียบวิธีวิจัย 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 3. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) 4. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) และระบบการติดตามผู้ป่วยผ่าน(Application line หรือ google form)		
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,กลุ่ม Care giver 2. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H4U) สมุดสุขภาพประชาชน 3. ระบบการให้บริการสมุดสุขภาพประชาชน Health For you (H4U) Blue book		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	พฤศจิกายน 2564 – กรกฎาคม 2565		
เกณฑ์การประเมิน :ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การชี้แจงแนวทางการดำเนินการ ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	1. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย 2. วางแผนดำเนินงานปีงบประมาณ 2564

ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและพื้นที่ 2. มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้งาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน ในการตอบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน ระดับพื้นที่	1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 50 2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40 3. มีการกำกับ ติดตาม และ เยี่ยมเสริมพลัง 4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	1. มีการดำเนินการแล้วเสร็จร้อยละ 100 2. ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50 3. มีการกำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 4. มีการประเมินผลการดำเนินงาน	1. สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย 2. วางแผนดำเนินงานปีงบประมาณ 2565
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 60	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 65	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 70
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 60	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 65	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :	คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H4U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน(Blue book) และ ระบบการติดตามผู้ป่วยผ่าน(Application line หรือ google form)		
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> 1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยิ่งแจ้ว 4. คู่มือการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4. เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ 5. Application สมุดสุขภาพประชาชน (Health for You : H4U) 		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	52 (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	37.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))	30.8 (จากการสำรวจของกรมอนามัยผ่าน Application Health For You (H4U))
<p>หมายเหตุ* ข้อมูลอ้างอิงจาก HDC ระดับประเทศ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชากรสูงอายุที่ได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในปี 2563 จำนวน 388,504 ราย 2. ประชากรสูงอายุที่ได้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในปี 2564 จำนวน 1,277,310 ราย 					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ		ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048		โทรศัพท์มือถือ : 089 838 2564		
	โทรสาร : 0 5321 1740		E - mail : pattarin77@hotmail.com		
	สถานที่ทำงาน : หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวจิราณช บัญยะ		ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048		โทรศัพท์มือถือ : 082 619 2359		
	โทรสาร : 0 5321 1740		E - mail :		
	jiranuchboonya31@gmail.com				
	สถานที่ทำงาน : กลุ่มวัยผู้สูงอายุ				

ตัวชี้วัดย่อยที่ 6.2	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	<p>1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>2. องค์กรประกอบของแต่ละพื้นที่ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้</p> <p>องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข) <p>องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ที่ผ่านการประเมินคัดกรองสุขภาพโดยใช้แบบประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (Blue book Application) ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล</p> <p>องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ในพื้นที่ ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขูปโภค การจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ <p>องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์</p> <p>องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มติดสังคม - กลุ่มติดสังคมเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี <p>องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่าน Line group หรือ google form</p>

ที่มีเจ้าหน้าที่ หรือ CGเป็นผู้รวบรวมข้อมูลส่งรายงานแต่ละเดือน			
เกณฑ์เป้าหมาย :			
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
ร้อยละ 80	ร้อยละ 95	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ ดำเนินการในระดับอำเภอ (อำเภอนำร่อง: อำเภอสารภี อำเภอฝาง และอำเภอแม่แจ่ม)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์: ผ่านระบบ Line group 3. การรายงานผลการประเมินอำเภอที่ใช้เป็นอำเภอนำร่องผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่มีร้อยละการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์/มีร้อยละการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ 		
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข - DOH Dashboard กรมอนามัย - ระบบ Smart aging สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ <p>หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>		
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนอำเภอนำร่องที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565</p> <p>B = จำนวนอำเภอใหม่ที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565</p> <p>C = จำนวนอำเภอที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2565 – 2570</p> <p>D = จำนวนอำเภอที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565</p>		
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนอำเภอที่ใช้นำร่องในการประเมินทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / E) \times 100$ <p>หมายเหตุ A = (B+C+D) /100</p>		
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565)</p> <p>รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)</p>		

เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2563:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	60
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	65
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	70
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	75
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> 1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ประเมินตนเองได้โดยใช้แบบการประเมินสุขภาพขั้นพื้นฐาน กรมอนามัย application Blue book 2. จังหวัดประเมินพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Smart aging และรายงานประจำเดือน 		
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> - Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	อำเภอที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	52	37.8	30.8
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางภัทรินทร์ นาคสุริยะ พิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรสาร : 0 5321 1740 สถานที่ทำงาน : หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 089 838 2564 E - mail : pattarin77@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวจิรานุช บุญยะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 โทรสาร : 0 5321 1740 jiranuchboonya31@gmail.com สถานที่ทำงาน : กลุ่มวัยผู้สูงอายุ		ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : 082 619 2359 E - mail :		