



# รายละเอียดตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่

ประจำปีงบประมาณ 2566



## คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของกระทรวงสาธารณสุข โดยประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1)ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention and Protection: PP&P Excellence) 2)ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3)ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4)ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จึงได้ร่วมกันจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ธันวาคม 2565

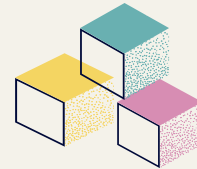
## สารบัญตัวชี้วัด

รายการตัวชี้วัด	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	
อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	1
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์แรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	3
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	5
ลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	7
ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	9
หญิงหลังคลอดได้รับการติดตามครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	11
ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	14
ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	18
เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy: ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	22
ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	28
ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี รับประทานเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	34
ร้อยละของนักเรียนชั้น ป.1 ได้รับการตรวจสายตา	38
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	42
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	45
ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	48
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง	50
ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)	53
ร้อยละวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	57
ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพ	59
ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	62
ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	66
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	70
อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	74
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	76
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	82

รายการตัวชี้วัด	หน้า
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	90
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	95
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	100
ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	106
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	112
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	116
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	126
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	128
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง	133
ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	144
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	150
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	152
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	155
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	158
ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ	160
ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออันตราย (ไข้เลือดออก / ไข้ฉุนๆ / ชิคา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	166
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	173
เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม กรณีมลพิษอากาศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2566	186
ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	202
ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	206
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	209
ร้อยละของอำเภอที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ แบบไร้รอยต่อ	214
อำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	219
ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	224
ภาคผนวก	229



# นโยบายและทิศทางการขับเคลื่อน งานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566



นายแพทย์จตุชัย มณีรัตน์  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่



# นโยบาย

1. บริหารจัดการภายใต้หลักธรรมาภิบาล

Rule of law

Moral

Transparency

Participation

Responsibility

Worth

2. One Health One Company One Family

3. สร้างบรรยากาศการทำงานให้มีความสุข มีความรัก  
ความสามัคคี “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ”





# ทิศทางการขับเคลื่อนงานและประเด็นมุ่งเน้น (Focus) ปีงบประมาณ 2566

1. ให้ความสำคัญสูงสุด ต่อการพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติฯ

- ขยายผลแนวความคิดการดำเนินงาน รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ ไปยัง รพ.ในสังกัดทุกแห่ง

- โครงการร้อยใจรักษ์

- โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

2. ดำเนินงานตามนโยบายของผู้บริหารระดับสูง ได้แก่ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข/รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข / ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และทิศทางการขับเคลื่อนของเขตสุขภาพที่ 1



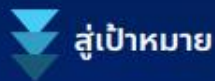


# นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566

นายอนุทิน ชาญวีรกูล

รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

## คนไทยสุขภาพดี เศรษฐกิจมั่นคง (Health for Wealth)



สู่เป้าหมาย

“ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจไทยเข้มแข็ง  
ประเทศไทยแข็งแรง”

1



ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

- เพิ่มความครอบคลุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่บ้านและชุมชน โดย 3 หมอ และ การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
- สร้างโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐอย่างเป็นธรรม สะดวก และรวดเร็ว
  - โรงพยาบาลของประชาชน • บริการสุขภาพฟรีรอยต่อ • ดูแลองค์รวมทั้งกายและจิต
- เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเพื่อพัฒนาโรงพยาบาล

2



ยกระดับการเสริมสร้างสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง

- ปรับเปลี่ยนการสื่อสารสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ถูกต้อง ปลอดภัย ทันสมัย
- ชุมชนเข้มแข็งร่วมพลังสร้างสุขภาพดี
- สร้างแรงจูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ทั้งกายและใจ

3



ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

- ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง
- บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกาย จิตใจ ภาวะสมองเสื่อม
- สนับสนุนโรงพยาบาลทุกระดับให้มีคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น

4



นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

- ส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สนุนโพรและภูมิปัญญาไทยการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก
- ขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลก

5



ข้อมูลสุขภาพเป็นของประชาชน และเพื่อประชาชน

- พัฒนาข้อมูลดิจิทัลสุขภาพของประชาชน ที่มีมาตรฐานและธรรมาภิบาล เชื่อมโยงเป็นฐานข้อมูลขนาดใหญ่ของประเทศ ให้ประชาชนได้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง สามารถใช้บริการสาธารณสุขได้ทุกที่อย่างต่อเนื่อง





# นโยบายมุ่งเน้น ปี 2566

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข

**“ดูแลกาย รักษาใจ สร้างภูมิคนไทย คำว่าต่อไปแข็งแกร่ง”**



## ส่งเสริมการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

- ส่งเสริมและดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ทุกช่วงวัย เริ่มตั้งแต่มารดาและการรก เด็กปฐมวัย วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้สูงอายุ
- ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองได้ (Self-care)
- ยกกระดับและเพิ่มขีดความสามารถ อสม. ให้เป็น Smart อสม. เพื่อดูแลและให้ข้อมูลประชาชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ



## สร้างเสริมสุขภาพเชิงป้องกันให้กับประชาชน

- ส่งเสริมให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายและการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน โดยการออกกำลังกาย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์)
- สนับสนุนการบริโภคอาหารเป็นยา เป็นการบริโภคอาหารและสมุนไพรที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและยกระดับและสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย
- ส่งเสริมให้ประชาชนทุกช่วงวัยได้มีการออกกำลังกาย (โครงการก้าวทำใจ) เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรง
- ยกกระดับและเพิ่มขีดความสามารถ อสม. ให้เป็น Smart อสม. เพื่อดูแลและให้ข้อมูลประชาชนเพื่อเสริมสร้างสุขภาพเชิงป้องกัน



## ผลักดันการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ

- ส่งเสริมและสนับสนุนการบริโภคผักพื้นบ้านและสมุนไพรไทยตามนโยบายอาหารเป็นยา
- ส่งเสริมการใช้และพัฒนาสมุนไพรภายในประเทศและผลิตภัณฑ์การแพทย์แผนไทย เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจและสนับสนุนการส่งออกเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ
- ส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและยกระดับให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (medical hub)



## พัฒนาระบบการให้บริการสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจ

- ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการให้สามารถลงทุนและดำเนินธุรกิจสุขภาพในประเทศ โดยมีมาตรการลดขั้นตอน Fast Track
- ส่งเสริมการให้บริการและอำนวยความสะดวกนักท่องเที่ยวต่างชาติที่เข้ามาใช้บริการระบบสุขภาพในประเทศ
- ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ประกอบการให้มาลงทุนในพื้นที่ EEC โดยสร้างความเชื่อมั่นด้านระบบบริการสาธารณสุข
- พัฒนาระบบเทคโนโลยีเพื่อลดระยะเวลาและขั้นตอนการขออนุญาตของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบการแต่คงไว้ซึ่งความปลอดภัย คุณภาพและประสิทธิผลของผลิตภัณฑ์

# นโยบายและทิศทางการดำเนินงาน

## กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

นายแพทย์โอกาส ภารักษ์วินพงษ์  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

**“สุขภาพคนไทย  
เพื่อสุขภาพประเทศไทย”**

หลักปฏิบัติในการทำงาน

**ท** ทำทันที

**ท** ทำต่อเนื่อง

**ท** ทำและพัฒนา



**เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกระดับการสร้างความรู้  
ด้านสุขภาพในทุกมิติ**

- ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ได้อย่างถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สะดวกรวดเร็ว เพื่อพัฒนาศักยภาพคนทุกช่วงวัยให้สามารถดูแลสุขภาพกาย-ใจ ของตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้แข็งแรง

**ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัย และลดอัตราการเสียชีวิต**

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

**ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล**

- โรงพยาบาลทุกแห่งใช้การแพทย์ทางไกล (Telemedicine)
- พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เชื่อมต่อการบริการอย่างไร้รอยต่อ และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- เร่งพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

**ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ**

- เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข ของประเทศในอนาคต

**ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และ  
สุขภาพนานาชาติ**

- สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สมุนไพร ภูมิปัญญาไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ

**พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูง และบุคลากรมีคุณภาพชีวิต  
ในการทำงานที่ดีขึ้น**

- เสริมสร้างสมรรถนะองค์กร ด้วยแนวทาง 4T Trust Teamwork & Talent Technology Target
- บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น



วาระที่ 1

นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปิงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

“ประชาชน  
เข้าถึงบริการสุขภาพ  
ได้มากขึ้น  
และลดอัตราการตาย  
โรคที่สำคัญ”

“โรงพยาบาลของประชาชน  
และเป็นที่พักของประชาชน”



SEAMLESS

นพ.โอภาส การย์กวินพงศ์  
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข



วาระที่ 1

# เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระยะ 3 ปี

## Goals ระยะ 3 ปี (2566-2568)





01

**Value Chain  
&  
Operation  
Flow**

02

**Service  
Mapping**



03

**การลงทุน  
ที่เหมาะสม**

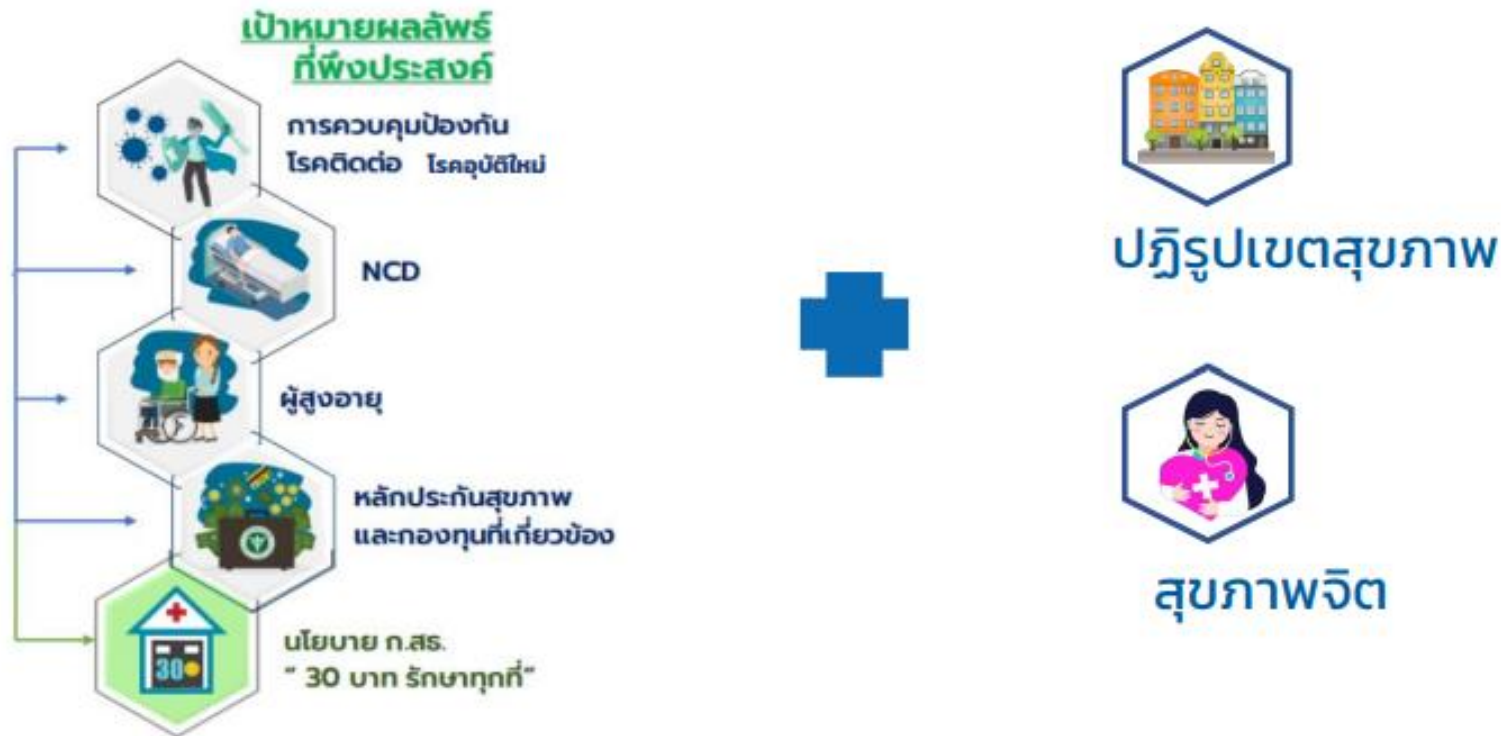


04

**บริหารจัดการ  
กำลังคน**



# เขตสุขภาพที่ 1 ขับเคลื่อน 7 Big Rock



ที่มา : แผนงานโครงการรองรับการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 ปี 2565 วันที่ 21 มกราคม 2565

# นโยบายการปฏิรูปเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 1 พ.ศ. 2565 - 2566



**Big Rock 1 :** การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่ เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ

**Big Rock 2 :** การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ สำหรับประชาชน และผู้ป่วย



**Big Rock 3 :** การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริบาล การรักษาพยาบาลที่บ้าน / ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม

**Big Rock 4 :** การปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพและกองทุนที่เกี่ยวข้องให้มีความเป็นเอกภาพ บูรณาการ เป็นธรรม ทั่วถึง เพียงพอและยั่งยืนด้านการเงินการคลัง



**Big Rock 5 :** การปฏิรูปเขตสุขภาพให้มีระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการ คล่องตัว และการร่วมรับผิดชอบด้านสุขภาพระหว่างหน่วยงานและท้องถิ่น

**Big Rock 6 :** 30 บาทรักษาทุกที่



**Big Rock 7 :** สุขภาพจิต

# ความสอดคล้องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และนโยบายการปฏิรูปเขตสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 1

1

เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยุกระดับการสร้างความรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ

**Big Rock 2 :**

NCD

**Big Rock 7 :**

สุขภาพจิต

**ล้านนา 2**

- NCD

2

ยกระดับระบบบริการรองรับสังคมสูงวัยและลดอัตราการตายโรคสำคัญ

**Big Rock 3 :**

Aging

3

ผลักดันการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล

**Big Rock 5 :**

30 บาท รักษาทุกที่

**Big Rock 6 :**

ปฏิรูปเขตสุขภาพ (IT)

**ล้านนา 1** - Tele-medicine

**ล้านนา 2** - IT

**ล้านนา 3** - กองทุน ยาร่วม

4

ยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพ

**Big Rock 1 :**

EID

5

ส่งเสริมให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์และสุขภาพนานาชาติ

**Big Rock 4 :**

กองทุน / การเงินการคลัง

6

พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

**Big Rock 6 :**

ปฏิรูปเขตสุขภาพ (HR)

**ล้านนา 1**

- แพทย์ 1 คน  
ปฏิบัติงาน 2 sw.  
หรือมากกว่า





# ประเด็นมุ่งเน้นที่ขับเคลื่อนจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2566

## PP&P

1. มารดาตาย
2. พัฒนาการเด็ก / เด็กเตี้ย
3. ผู้สูงอายุ (Elderly)
4. ฆ่าตัวตาย (Suicide)
5. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (HT/DM/มะเร็ง)
6. โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ (EID)
7. PM.2.5 / COPD

## SERVICE

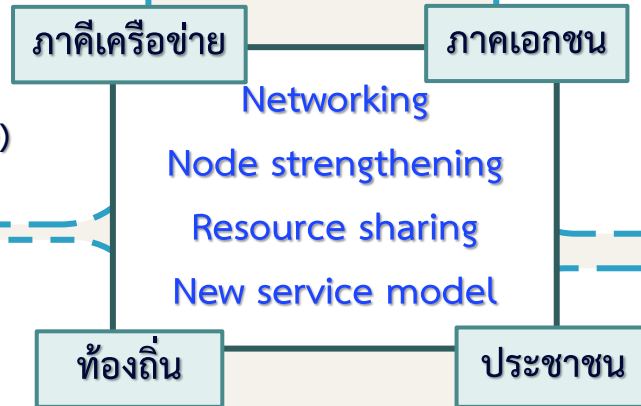
8. พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ
  - ขยายผลโครงการ รพ.เฉลิมพระเกียรติฯ
  - ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
  - ระบบสาธารณสุขในเขตเมือง
  - ระบบสาธารณสุขในพื้นที่ห่างไกล
  - Intermediate Care
  - Service Plan ทูติยภูมิ / ตติยภูมิ

## PEOPLE

9. พัฒนากำลังคน (Human Resource)
10. องค์กรแห่งความสุข

## GOVERNANCE

11. การเงินการคลัง (Finance)
12. ระบบข้อมูล สารสนเทศด้านสุขภาพ (CM-HIS)



หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ลักษณะ	เชิงปริมาณ								
ระดับการวัดผล	จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน								
คำนิยาม	<p>- การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</p> <p>- การเยี่ยมเสริมพลัง เป็นการเสริมพลังใจพลังความคิดให้ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ ตลอดจนภาคีเครือข่าย ให้ใช้ศักยภาพของตัวเองและทีมงานอย่างเต็มกำลังในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้ตามมาตรฐานสอดคล้องตามบริบท เช่น การเสริมพลังในการนิเทศติดตามการไปเยี่ยมหน้างาน การประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กเพื่อการพัฒนา</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68							
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ</li> <li>เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ</li> <li>จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ol>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด และมารดาหลังคลอดภายใน 42 วัน								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายใน 24 ชั่วโมง</li> <li>รายงานตามแบบสำรวจการตายมารดาของกรมอนามัย (แบบรายงาน CE)</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายแก่ศูนย์อนามัย ภายใน 7 วัน</li> <li>รายงานการตาย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (Web รายงานการตาย สนย.)</li> <li>รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย</li> </ol>								
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร</li> <li>โรงพยาบาล</li> <li>แบบรายงานอนามัยแม่และเด็ก (แบบรายงานก1ก2)</li> </ol>								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาไทยตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้นอุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด								

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$				
ระยะเวลา ประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ปีละ 1 ครั้ง</li> <li>2. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน</li> <li>3. จากรายงานการสอบสวนการตายของมารดา ทุกราย</li> <li>4. ฐานข้อมูล 43 แพ้มี ทุก 3 เดือน</li> <li>5. ฐานข้อมูล HDC ทุก 3 เดือน</li> </ol>				
วิธีการ ประเมินผล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นำข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทั้งหมดมาตรวจสอบและประมวลผล ในการหาสัดส่วนการตายและสาเหตุการตาย ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	แบบรายงานการตายมารดา CE, แบบรายงาน ก1, แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2564
	อัตราส่วน การตาย มารดาไทย	อัตราส่วนการ ตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	108.52 ( 7 ราย )	32.84 ( 2 ราย )	72.72 ( 4 ราย )
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด/ ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางอโนทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</li> <li>2. นางทิวพร ผลวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</li> <li>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</li> </ol> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	1. พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ลักษณะ	Lagging Indicator		
ระดับการวัดผล	อำเภอ		
ชื่อตัวชี้วัด	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85		
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์เมื่อรู้ว่าตัวตั้งครรภ์ให้รับมาฝากครรภ์ทันทีโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์		
หมายเหตุ:	**หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบนั้น ๆ และหญิงคลอดผู้รับบริการประกอบด้วย		
**อ้างอิงจาก 43 แห่ง	1. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	1. ฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 2. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลตามโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แห่ง		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แห่ง ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนของหญิงไทยทุกคนที่คลอดในสถานบริการสาธารณสุขในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	1. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แห่ง ทุก 3 เดือน		
วิธีการประเมินผล	ทุก 3 เดือน		
เอกสารสนับสนุน	1. จากฐานข้อมูล 43 แห่ง 2. จากรายงาน ก1ก2		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	data		2563	2564	2565
	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด เชียงใหม่		ร้อยละ	87.76	85.92
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางทิวพร ผลวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	1. พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
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) หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 2. จัดระบบการคัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลตามโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้งตามเกณฑ์ของการดูแลผู้ฝากครรภ์แนวใหม่ในเวลาที่กำหนด (นับที่ห้องคลอด)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดในเขตพื้นที่ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		

ระยะเวลา ประเมินผล	1. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน 2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน				
วิธีการ ประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	1. จากรายงาน ก1ก2 2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่	ร้อยละ	81.76	80.15	77.48
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางทิวาพร ผลวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนที่	1. พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ลักษณะ	Lagging Indicator								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ								
ชื่อตัวชี้วัด	ลดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์								
คำนิยาม	ภาวะโลหิตจาง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เจาะเลือดครั้งที่ 2 1. มีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 10.5 g/dl ในอายุครรภ์น้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ (ไตรมาสที่ 2) 2. มีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 11 g/dl ในอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ขึ้นไป								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> <td>ไม่เกินร้อยละ 10</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68							
ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ เช่น ภาวะหัวใจทำงานหนัก</li> <li>2. เพื่อป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและภาวะทารกโตช้าในครรภ์</li> <li>3. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอด</li> </ol>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต./รพช./รพท. เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกราย								
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 แฟ้ม, รายงาน ก1 ก2 (แบบรายงานบริการอนามัยแม่และเด็กจังหวัด เชียงใหม่) ส่งรายงานทุก 3 เดือน								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีโมโกลบิน < 11 g/dl ใน ไตรมาสที่ 1 และ 3 และจำนวน หญิงตั้งครรภ์ที่มีค่าฮีโมโกลบิน น้อยกว่า 10.5 g/dl ใน ไตรมาสที่ 2								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่ได้รับบริการเจาะเลือดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากรายงาน ก1ก2 ทุก 3 เดือน</li> <li>2. จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน</li> </ol>								
วิธีการประเมินผล :	ทุก 3 เดือน								
เอกสารสนับสนุน:	แบบรายงาน ก1ก2 (อื่นๆถ้ามี)								



รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่	ร้อยละ	11.65	10.22	11.54
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางทิวาพร ผลวิริยะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	1. พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ลักษณะ	Lagging Indicator		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ		
ชื่อตัวชี้วัด	ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด		
คำนิยาม	ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มาคลอด ณ สถานบริการสาธารณสุข และมีคะแนน Apgar Score ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	1. เพื่อประเมินและพัฒนาคุณภาพการบริการในสถานบริการสาธารณสุข ในการดูแลสตรีในช่วงตั้งครรภ์ 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 1 นาที น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 7		
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)		

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่	อัตราส่วนทารกแรกเกิดมีภาวะ ขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	34.95	34.22	34.01
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางทิวาพร ผลวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	1. พัฒนาคูณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ลักษณะ	Lagging Indicator		
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/อำเภอ		
ชื่อตัวชี้วัด	หญิงหลังคลอดได้รับการติดตามครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์		
คำนิยาม	หญิงหลังคลอดได้รับการติดตามครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและเด็กในเขตรับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์จำนวน ๓ ครั้งดังนี้ ครั้งที่ 1 คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก ไม่เกิน 7 วัน นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 2 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 8 - วันที่ 15 นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ 3 คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ 16 - วันที่ 42 นับถัดจากวันคลอด		
หมายเหตุ: ** อ้างอิงจาก 43 เพิ่ม	**หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงหลังคลอด ของหญิงคลอดในเขตรับผิดชอบนั้น ๆ และหญิงคลอดผู้รับบริการประกอบด้วย 1. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ 2. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด		
เกณฑ์เป้าหมาย			
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพและพัฒนาการของมารดาและทารกหลังคลอด 2. เพื่อลดการตายของมารดาและทารกจากภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด 3. จัดระบบการส่งต่อมารดาและทารกหลังคลอดภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มารดาและทารกหลังคลอดในเขตรับผิดชอบทุกราย		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลตามโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 เพิ่ม		
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน 43 เพิ่ม ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชนที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช.		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ในเวลาที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ 42 วันหลังคลอดขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		

ระยะเวลา ประเมินผล	จากฐานข้อมูล 43 แห่งทุก 3 เดือน				
วิธีการ ประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	แบบเยี่ยมประเมินมารดาและทารกหลังคลอด				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่	ร้อยละ	85.30	81.32	74.63
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด / ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางทิวพร ผลวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชรภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยในทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)  
 โครงการเสริมพลังพัฒนาศักยภาพงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	จังหวัดเชียงใหม่ อัตราตายของมารดาไทย 72.72 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (จังหวัดเชียงใหม่ มารดาไทยเสียชีวิต 4 ราย PPH 2 ราย, Anesthesia complications 1 ราย, Sepsis 1 ราย) Gap: ระบบการดูแลครรภ์เสี่ยงในโรงพยาบาลแม่ข่าย, ความล่าช้าในระบบการบริหารจัดการเคสภายในโรงพยาบาล, การเตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินกับผู้คลอด			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	Strategy 1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ ศักยภาพบุคลากรและการควบคุมกำกับ	Strategy 2 พัฒนาระบบบริการ และการส่งต่อ	Strategy 3 การจัดการสุขภาพเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	
กิจกรรมหลัก	1. ปรับปรุงคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกัน 2. คณะทำงานมีการบริหารจัดการและควบคุมกำกับการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 4. เยี่ยมเสริมพลังและควบคุมกำกับติดตามใน 25 อำเภอ 5. พัฒนาระบบรายงานและระบบการลงข้อมูล	1. มาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ 2. รพ.ทุกแห่งมีการซ้อมแผนภาวะวิกฤตทางสูติกรรมในห้องคลอดและแผนการคลอดผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3. การส่งเจ้าหน้าที่ฝึกการทำคลอดในรพ.แม่ข่าย 4. ระบบการติดตามผู้ป่วยกลับบ้าน 5. พัฒนาการส่งต่อในพื้นที่ทุรกันดาร ลดการคลอดที่บ้านที่ปลอดภัย	1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการค้นหา คัดกรองและส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ และการทำคลอดฉุกเฉิน ในพื้นที่สูงและแนวชายแดน นำร่องอำเภออมก๋อย 2. มีการติดตามการทำแผนการคลอดและการส่งต่อในพื้นที่สูงและแนวชายแดน ใน 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ ฝาง, แม่สาย, ไชยปราการ, เวียงแหง, กัลยาณิวัฒนา, เชียงดาว, สะเมิง, แม่วาง, แม่แจ่ม และอมก๋อย 3. มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง ได้รับการส่งต่อ เยี่ยมบ้านทุกราย โดยเจ้าหน้าที่ อสม. และภาคีเครือข่าย	
ระดับ ความสำเร็จ (small success)	ไตรมาส 1 1. มีคณะทำงาน MCH Board ระดับจังหวัด อำเภอ 2. มีข้อมูลการวิเคราะห์สภาพปัญหา และแผนการแก้ไขปัญหารายอำเภอ 3. ทบทวนแนวทางการดำเนินงานระบบ Fast tract ในรพ.แม่ข่าย 4. หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่สูงได้รับการวางแผนการคลอด 5. มีแบบติดตาม วิเคราะห์ และเฝ้าระวังในหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดที่บ้านทุกราย	ไตรมาส 2 1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายการค้นหา คัดกรองและส่งต่อและการทำคลอดฉุกเฉิน นำร่องอำเภออมก๋อย 2. รพ.ทุกแห่งมีการซ้อมแผนภาวะวิกฤตทางสูติกรรม 3. จนท.ห้องคลอดในรพช. ได้รับการฝึกห้องคลอดในรพ.แม่ข่าย 4. มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง ได้รับการส่งต่อและเยี่ยมบ้านทุกราย ได้ทำ case management ร้อยละ 60 5. หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่สูงได้รับการวางแผนการคลอด ร้อยละ 60	ไตรมาส 3 1. เยี่ยมเสริมพลังและควบคุมกำกับติดตามใน 25 อำเภอ โดยทีมระดับจังหวัดและระดับโซน 2. รพ.ได้รับการประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 19 แห่ง (ประเมินซ้ำ) 3. รพ.ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ และห้องคลอดคุณภาพ 4. มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง ได้รับการส่งต่อและเยี่ยมบ้านทุกราย ได้ทำ case management ร้อยละ 80 5. มีการวางแผนการคลอดในพื้นที่สูง ร้อยละ 80	ไตรมาส 4 1. มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านทุกราย 2. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 3. มารดาหลังคลอดที่มีความเสี่ยง ได้รับการส่งต่อและเยี่ยมบ้านทุกราย ได้ทำ case management ร้อยละ 100 4. มีการวางแผนการคลอดในพื้นที่สูง ร้อยละ 100 5. สรุปผลการดำเนินงานในภาพจังหวัด และพื้นที่นำร่อง

หมวด	1. ดานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p><b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับ การติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p><b>คำนิยามเพิ่มเติม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</li> <li>- <b>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็ก ในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) ร่วมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</li> <li>- <b>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2</li> <li>- <b>เด็กพัฒนาการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)</li> </ul>

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87

หมายเหตุ \* ตัวชี้วัด Process ไม่ได้ใช้ประเมินผลลัพธ์ ใน ปี 2566 แต่มีผลต่อเป้าหมายนำมาแสดงเพื่อให้เห็นถึงกระบวนการทำงาน ประกอบด้วย 3 ตัวชี้วัดดังนี้

ตัวชี้วัด Process	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 20
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</li> <li>พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</li> <li>ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 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) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก
รายการข้อมูล 2	a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ 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 2566:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86		
ปี 2567:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86		
ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87		
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลในระบบ HDC เปรียบเทียบกับเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</li> <li>คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล</li> <li>คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวิดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	85.01	80.52	78
	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	88.33	87.60	86.52
	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	32.05	28.04	24.20
	ร้อยละเด็ก0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ร้อยละ	90.15	87.26	85.02
หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 63-65 คัดกรองในเด็ก 5 ช่วงอายุ 9,18, 30,42 และ 60 เดือน รวมกระตุ้นติดตาม					

<p>ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางทิวพร ผลวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
---	--

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	<p>- เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ <math>-1.5</math> SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>- สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง <math>+1.5</math> SD ถึง <math>-1.5</math> SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p>- สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)</p> <p>- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ 2 ปี</p> <p>- มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ 6 เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>- ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <p>1. ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันตสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภิบาลอาหารและน้ำ ใน 5 setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</p>

	<p>2. จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ</p> <p>3. มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้</p>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>					
	<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>ปีงบประมาณ</b>	<b>ปีงบประมาณ</b>	<b>ปีงบประมาณ</b>	<b>ปีงบประมาณ</b>
		<b>63</b>	<b>64</b>	<b>65</b>	<b>66</b>
	1. ร้อยละเด็กสูงตีสมาส่วน	60	62	64	64
	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี				
	- เด็กชาย (เซนติเมตร)	-	-	113	113
	- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			112	112
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อส่งเสริมโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</p> <p>2. เพื่อพัฒนาการให้บริการโภชนาการใน ANC WCC และศูนย์เด็กเล็ก</p> <p>3. เพื่อให้มีการดำเนินงานแบบบูรณาการใน ANC WCC หมู่บ้าน และศูนย์เด็กเล็ก</p> <p>4. เพื่อสร้างกระแสและสื่อสารสาธารณะการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็ก</p>				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กอายุ 0-5 ปี				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กที่เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์เด็กเล็ก และสถานบริการสาธารณสุข ซึ่งไม่รวมการรับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)</p> <p>2. หมู่บ้าน</p> <p>3. ศูนย์เด็กเล็ก</p>				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงตีสมาส่วน				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
<b>รายการข้อมูล 3</b>	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วันที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
<b>รายการข้อมูล 4</b>	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด				
<b>รายการข้อมูล 5</b>	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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = <math>(B2 / B1) \times 100</math></li> <li>2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน = <math>(A1 / B2) \times 100</math></li> <li>3. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = <math>(A2 / B3)</math></li> <li>4. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = <math>(A3 / B4)</math></li> </ol>								
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง คือ ไตรมาสที่ 1, 2, 3, 4								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2566:									
	<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 62</td> <td>ร้อยละ 63</td> <td>ร้อยละ 63.5</td> <td>ร้อยละ 64</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	ร้อยละ 63.5	ร้อยละ 64
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	ร้อยละ 63.5	ร้อยละ 64						
ปี 2567:									
	<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 62</td> <td>ร้อยละ 63</td> <td>ร้อยละ 63.5</td> <td>ร้อยละ 64</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	ร้อยละ 63.5	ร้อยละ 64
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	ร้อยละ 63.5	ร้อยละ 64						
ปี 2568:									
	<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 62</td> <td>ร้อยละ 63</td> <td>ร้อยละ 63.5</td> <td>ร้อยละ 64</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	ร้อยละ 63.5	ร้อยละ 64
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 62	ร้อยละ 63	ร้อยละ 63.5	ร้อยละ 64						
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน</li> <li>2. มีการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย ผ่านกลไกในพื้นที่</li> <li>3. มีรายงานผลการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต และการพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัยและรายงานการแก้ไขเด็กที่มีปัญหาด้านสุขภาพด้วยแบบประเมิน case management พร้อมข้อเสนอแนะของหน่วยบริการระดับอำเภอและตำบล ให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</li> <li>4. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย</li> </ol>								

<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</li> <li>2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์</li> <li>3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี</li> <li>4. หนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย</li> <li>5. แนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้าน โภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC)</li> <li>6. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</li> <li>7. infographic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง</li> <li>8. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง</li> <li>9. VTR มหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต</li> <li>10. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน</li> </ol>
-------------------------	--

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

ตัวชี้วัด	Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	46.3	ร้อยละ	51.13	51.93	52.86
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 109.3	เซนติเมตร	107.31	107.85	108.12
	หญิง=108.6	เซนติเมตร	106.63	107.09	107.63

\*ข้อมูลรายงานจาก HDC ไตรมาสที่ 4 เดือนมิถุนายน – กันยายน 2563

<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</li> <li>2. นางทิวาพร ผลวัฒน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 โทรสาร : 053-211740 E-mail : freeannez@hotmail.com</li> <li>3. นางสาวพัชรภรณ์ สิทธิวงศ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 โทรสาร : 053-211740 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</li> </ol> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
---	---

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	ประเทศ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	3. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103 ตัวชี้วัด Proxy : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดย่อย	3.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
คำนิยาม	<p><b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)</p> <p><b>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า</b> ในเขตสุขภาพที่ 1-12 หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับ การกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD- 10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x) ในเขตสุขภาพที่ 13 หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุ ที่สงสัยล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p><b>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการ สมวัย</b> หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ</p>

	<p>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือนที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p><b>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน</b> หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น ภายใน ระยะเวลา 3 เดือน (90 วัน) แล้วกลับมามีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM)</p>				
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย 1. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103</b></p>					
<p><b>ปีงบประมาณ 66</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 67</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 68</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 69</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 70</b></p>	
<p>วัดผลปี 70</p>	<p>วัดผลปี 70</p>	<p>วัดผลปี 70</p>	<p>วัดผลปี 70</p>	<p>ระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103</p>	
<p>เกณฑ์เป้าหมายย่อย 1.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p>					
	<p><b>ปีงบประมาณ 66</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 67</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 68</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 69</b></p>	<p><b>ปีงบประมาณ 70</b></p>
	<p>ร้อยละ 35</p>	<p>ร้อยละ 35</p>	<p>ร้อยละ 40</p>	<p>ร้อยละ 40</p>	<p>ร้อยละ 40</p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย</li> <li>2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย</li> <li>3. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัย ส่งผลต่อระดับสติปัญญา</li> <li>4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย</li> </ol>				
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p><b>เป้าหมาย :</b> เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริม</p>				



	<p>การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษา เมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>เป้าหมายย่อย :</b> เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ( Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ</p>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p><b>เป้าหมาย :</b> จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ</p> <p><b>เป้าหมายย่อย :</b> ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. 65 – 30 ก.ย. 66 ทั้งตัวตั้งและตัวหาร ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจาก การดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ</p>
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p><b>เป้าหมาย :</b> ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี 2570</p> <p><b>เป้าหมายย่อย :</b> ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-12 ดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และ สุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด โดยข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่ กำหนด ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จน มีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ในหมวดที่กำหนด</p>
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
<b>รายการข้อมูล 3</b>	C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการ กระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย
<b>รายการข้อมูล 4</b>	D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการ กระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการ ติดตามมา ประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p>ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)</p> <p>ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) × 100</p>
<b>ระยะเวลา</b>	ไตรมาส 2, 3 และ ไตรมาส 4
<b>ประเมินผล</b>	

<p><b>เกณฑ์การประเมิน :</b> เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินย่อย :</b> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p><b>ปี 2566 :</b> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p>						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	ร้อยละ 15	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35			
<p><b>ปี 2567 :</b> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p>						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	ร้อยละ 15	ร้อยละ 25	ร้อยละ 35			
<p><b>ปี 2568 :</b> ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p>						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40			
<b>วิธีการประเมินผล</b>	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และแฟ้ม SPECIALPP ประมวลผลใน HDC ยกเว้น กทม. ใช้ข้อมูลที่ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 รวบรวมจากการดำเนินงานของเครือข่ายในเขตสุขภาพที่รับผิดชอบ					
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564</li> <li>- รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559 กรมสุขภาพจิต</li> </ul>					
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>			
			2559	2561	2562	2563
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กไทย	-	98.23	-	-	-
ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ	-	35.66	40.17	63.72	

<p>ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรสาร : 053-211740</p> <p>2. นางทิวพร ผลวัฒน์นะ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรสาร : 053-211740</p> <p>3. นางสาวพัชราภรณ์ สิทธิวงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรสาร : 053-211740</p> <p>หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์มือถือ : 086-1965522 Email: phupha14@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-2889039 E-mail : freeannez@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-3868698 E-mail : maipatcha1404@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<p>หน่วยงาน ประมวผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต</p>

แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยในทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)  
โครงการเสริมพลังพัฒนาศักยภาพงานอนามัยแม่และเด็ก จังหวัดเชียงใหม่

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	1. เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ยน้อยกว่า ร้อยละ 10		2. เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85	
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	<p>1. เด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ร้อยละ <b>15.51</b></p> <p><b>Gap เด็กเตี้ย</b> 1. หน่วยงาน/ผู้ที่มีหน้าที่ แก้ไขปัญหาเด็กที่มีภาวะเตี้ย และค่อนข้างเตี้ย ยังไม่ได้ ทำแผนงานการแก้ไขอย่างครอบคลุมทุกพื้นที่</p> <p>2. ขาดการกำกับติดตามแก้ไขปัญหารายบุคคลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ภาวะเตี้ย สูงสุด 5 อำเภอ อมก้อย แม่วาง แม่แจ่ม แม่ฮาย และ จอมทอง</p>		<p>2. เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ร้อยละ <b>80.70</b></p> <p><b>Gap พัฒนาการ</b> 1. พ่อแม่ ผู้ปกครองขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญในการตรวจพัฒนาการ</p> <p>2. เด็ก 0-5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการไม่ครอบคลุม</p> <p>3. ขาดการประชาสัมพันธ์ ติดตามกระตุ้นพัฒนาการ อย่างต่อเนื่อง</p> <p>4. คัดกรองพัฒนาการ ต่ำสุด 5 อำเภอ เมือง อมก้อย แม่ฮาย สารภี และ ฝาง</p>	
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	Strategy 1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ ศักยภาพบุคลากรและการควบคุมกำกับ	Strategy 2 พัฒนาระบบบริการ และการส่งต่อ	Strategy 3 การจัดการสุขภาพเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	
กิจกรรมหลัก	<ol style="list-style-type: none"> <li>ปรับปรุงคณะกรรมการ MCH board ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนร่วมกัน</li> <li>การบริหารจัดการข้อมูล และระบบรายงาน</li> <li>การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน (ระดับสถานบริการ &gt; ตำบล &gt; อำเภอ &gt; จังหวัด &gt; เขต)</li> <li>การควบคุม/กำกับ/ติดตาม ทุกระดับ (ตำบล &gt; อำเภอ &gt; จังหวัด &gt; เขต )</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพบุคลากร (ผู้ให้บริการในคลินิก WCC / CPM)</li> <li>การใช้เครื่องมือแก้ไขปัญหารายบุคคล Individual Care Treatment Plan ใน เด็กเตี้ย และเด็กพัฒนาการล่าช้า</li> <li>การพัฒนากระบวนการส่งต่อเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและโภชนาการ</li> <li>การเยี่ยม และระบบติดตามเด็กทั้งเด็กปกติ และเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการและโภชนาการ</li> <li>ผ่านมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กทุกรพ.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สร้างพ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูคุณภาพในโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ</li> <li>พัฒนาทีมสหวิชาชีพในการดูแลและเด็กที่มีปัญหาด้านพัฒนาการและโภชนาการ</li> <li>ผลักดันให้ อปท. จัดทำแผนแก้ไขปัญหามาให้ความช่วยเหลือเด็กที่พัฒนาการล่าช้าและภาวะโภชนาการ ร่วมกับ 6 กระทรวงหลัก มหาดไทย ศึกษา พม. สาธารณสุข แรงงาน ดิจิทัล</li> <li>จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน ในระดับพื้นที่</li> </ol>	
ระดับ ความสำเร็จ (small success)	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กปฐมวัย</li> <li>มีการจัดทำแผน/โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</li> <li>มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และปรับระบบการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพ</li> <li>กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ เช่น เด็กปฐมวัยเตี้ยไม่เกินร้อยละ 10, เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85</li> <li>การตรวจคัดกรองพัฒนาการ ตามช่วงอายุ และการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี</li> <li>บูรณาการงานเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>WCC มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ตามช่วงอายุ และการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 70</li> <li>เด็กที่เตี้ยและพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามติดตามทุกราย โดยใช้เครื่องมือ Individual Care Treatment Plan ร้อยละ 80</li> <li>ผลักดันให้ อปท. จัดทำแผนแก้ไขปัญหาลูกเตี้ย และพัฒนาการล่าช้า</li> <li>ขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>WCC มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ตามช่วงอายุ และการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 80</li> <li>เด็กที่เตี้ยและพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามติดตามทุกราย โดยใช้เครื่องมือ Individual Care Treatment Plan ร้อยละ 90</li> <li>ขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ</li> <li>เยี่ยมเสริมพลังและควบคุมกำกับติดตามโดยทีมระดับจังหวัดและระดับอำเภอ</li> <li>ทุก รพ.ผ่านเกณฑ์คลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>WCC มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ตามช่วงอายุ และการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก 0-5 ปี ร้อยละ 90</li> <li>เด็กที่เตี้ยและพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตามติดตามทุกราย โดยใช้เครื่องมือ Individual Care Treatment Plan ร้อยละ 100</li> <li>ประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขเด็กเตี้ย และพัฒนาการสมวัย ระดับ ตำบล /อำเภอ /จังหวัด พร้อมหาแนวทางการแก้ไขและปรับปรุงการดำเนินงานในปีถัดไป</li> <li>ผลักดันให้ อปท. จัดทำแผนแก้ไขปัญหาลูกเตี้ยและพัฒนาการล่าช้า ในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง</li> <li>ขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และบูรณาการงานเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง</li> </ol>

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 (ในคนเดียว)</p> <p>สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 S.D. ของส่วนสูง ตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปีพ.ศ. 2563 โดยมีค่าระหว่าง +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 &gt; + 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 :																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อตัวชี้วัด</th> <th>ปี 2564</th> <th>ปี2565</th> <th>ปี2566</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน</td> <td>66</td> <td>68</td> <td>57</td> <td>ปรับตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19ปี ปรับใหม่ ปี2564</td> </tr> <tr> <td>2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>ของกรมอนามัย</td> </tr> <tr> <td>- เด็กชาย (เซนติเมตร)</td> <td></td> <td></td> <td>154</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- เด็กหญิง (เซนติเมตร)</td> <td></td> <td></td> <td>155</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี2565	ปี2566	หมายเหตุ	1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	68	57	ปรับตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19ปี ปรับใหม่ ปี2564	2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-	-	ของกรมอนามัย	- เด็กชาย (เซนติเมตร)			154		- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155	
ชื่อตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี2565	ปี2566	หมายเหตุ																						
1. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	66	68	57	ปรับตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19ปี ปรับใหม่ ปี2564																						
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี	-	-	-	ของกรมอนามัย																						
- เด็กชาย (เซนติเมตร)			154																							
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)			155																							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี</li> <li>2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน</li> </ol>																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ทุกสังกัด																									

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ : พื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 40.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 150.3 เซนติเมตร
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)
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) ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะ ทุพโภชนาการโดยภาพรวม	$1. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน} = (A1/B1) \times 100$ $2. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม} = (A2/B1) \times 100$ $3. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน} = (A3/B1) \times 100$ $4. \text{ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย} = (A4/B1) \times 100$ $5. \text{ความครอบคลุม} = (B1/B2) \times 100$ $6. \text{ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 12 ปี} = (A5 / B3)$ $7. \text{ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 12 ปี} = (A6 / B4)$
ระยะเวลารายงาน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2565) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค. ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2566) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 ส.ค.

เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ)

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

ปี 2566:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	57	-	57

เกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2566 ที่แสดงให้เห็นแนวโน้มภาวะ ทูฟโภชนาการโดยภาพรวม

- ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงติสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 57 ปรับตามของกรมอนามัย
- เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปรับใหม่ ปี 2564 ตามกรมอนามัยปี2566 ปรับเป็น 57 เพราะ
- ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ไม่เกิน ร้อยละ 10
- ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม ไม่เกิน ร้อยละ 5
- ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกิน ร้อยละ 5
- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี ชาย 154 เซนติเมตร หญิง 155 เซนติเมตร
- ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 19 ปี ชาย 171 เซนติเมตร หญิง 161 เซนติเมตร

วิธีการ

ประเมินผล :

1. จังหวัดมีการดำเนินงานดังนี้
  - 1.1 จัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด โดยมี PM ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่
  - 1.2 จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงติสมส่วน การป้องกันและ แก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย)โดยติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผล รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวม
    - เน้นเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและจัดการแก้ไขปัญหาทุกคน
    - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนต้นแบบด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ ฯลฯ ภายใต้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
    - พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ตาม AAIM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงติสมส่วน (รายละเอียดแนบท้าย)

	<p>- จัดกิจกรรมรณรงค์ ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพของเด็กวัยเรียน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทันตสุขภาพ และสุขอนามัย เช่น ส่งเสริมการบริโภคไข่ ต้มนมจืด ในวันไขโลก วันเด็กแห่งชาติและวันตีมนมโลก กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก สายตา สุขภาพช่องปาก ฯลฯ</p> <p>1.3 ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบรายงาน HDC ให้เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดใน Template ปีละ 2 ครั้ง พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2565) พื้นที่ซึ่งนำหน้า วัตส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ธ.ค., ม.ค., ก.พ. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 15 มี.ค.</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2566) พื้นที่ซึ่งนำหน้า วัตส่วนสูง 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><b>เอกสาร สนับสนุน</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) E-book : <a href="http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html">http://nutrition.anamai.moph.go.th/download/NuPETHS/index.html</a> PDF : <a href="http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf">http://nutrition.anamai.moph.go.th/images/files/NuPETHS3.pdf</a></li> <li>2. สื่อ NuPETHS Animation</li> <li>3. คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนตามแนวคิด Active learning</li> <li>4. แผ่นพับโภชนาการดี สูงดีสมส่วน</li> <li>5. แผ่นพับส่งเสริมโภชนาการเด็กวัยเรียนวัยรุ่น สูงดีสมส่วน ไม่อ้วน ผอม เตี้ย</li> <li>6. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC</li> <li>7. คู่มือผู้จัดการนำหน้าเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)</li> <li>8. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน</li> <li>9. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส</li> <li>10. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง</li> <li>11. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน</li> <li>12. หนังสือสารพัดเมนูไข่สำหรับเด็กวัยเรียน</li> <li>13. แนวทางการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น</li> </ol>



	<p>14. คู่มือ สมัครขอรับรางวัลองค์กรที่มีวิธีปฏิบัติเป็นเลิศ และองค์กรรอบรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อเด็กไทยสูง สมส่วน แข็งแรง IQ EQ ดี</p> <p>15. สื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ วิดีโอ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย</p> <p>: <a href="http://www.chopachipa.org">www.chopachipa.org</a> <a href="http://dopah.anamai.moph.go.th/?page_id=78">http://dopah.anamai.moph.go.th/?page_id=78</a></p>																																																													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>65.5</td> <td>61.5</td> <td>65.7</td> <td>68.85</td> <td>50.32</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี พอม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>4.7</td> <td>5.1</td> <td>4</td> <td>3.35</td> <td>4.64</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>11.8</td> <td>13.6</td> <td>12.5</td> <td>8.05</td> <td>17.17</td> </tr> <tr> <td>เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>5.7</td> <td>8.9</td> <td>6</td> <td>6.22</td> <td>11.16</td> </tr> <tr> <td>ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี</td> <td>cm.</td> <td>-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ชาย 154 ซม.</td> <td></td> <td></td> <td>147.7</td> <td>148.7</td> <td>112.52</td> <td>146.94</td> </tr> <tr> <td>หญิง 155 ซม.</td> <td></td> <td></td> <td>148.9</td> <td>149.8</td> <td>111.89</td> <td>147.46</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2561	2562	2563	2564	2565	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	65.5	61.5	65.7	68.85	50.32	เด็กอายุ 6-14 ปี พอม	ร้อยละ	4.7	5.1	4	3.35	4.64	เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.8	13.6	12.5	8.05	17.17	เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.7	8.9	6	6.22	11.16	ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี	cm.	-					ชาย 154 ซม.			147.7	148.7	112.52	146.94	หญิง 155 ซม.			148.9	149.8	111.89	147.46
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																										
		2561	2562	2563	2564	2565																																																								
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	65.5	61.5	65.7	68.85	50.32																																																								
เด็กอายุ 6-14 ปี พอม	ร้อยละ	4.7	5.1	4	3.35	4.64																																																								
เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน	ร้อยละ	11.8	13.6	12.5	8.05	17.17																																																								
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	ร้อยละ	5.7	8.9	6	6.22	11.16																																																								
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 12 ปี	cm.	-																																																												
ชาย 154 ซม.			147.7	148.7	112.52	146.94																																																								
หญิง 155 ซม.			148.9	149.8	111.89	147.46																																																								
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดระดับจังหวัด</p>	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางนุชสาคร เขมะศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0840421426 E-mail : nussakon@gmail.com</p>																																																													
<p>ผู้รับผิดชอบรายงาน / ผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางนุชสาคร เขมะศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0840421426 E-mail : nussakon@gmail.com</p>																																																													

# A<sup>2</sup>IM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

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

Assessment	Intervention		Management	
	<p><b>สูงดีสมส่วน :</b> น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง และมีส่วนสูงตามเกณฑ์</p>	<p>- เด็กวัยเรียนควรกินอาหารใน 1 วัน : •• ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี •• ผัก 4 ทัพพี/12 ช้อนกินข้าว • ผลไม้ 3 ส่วน •• เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว • นม 2-3 แก้ว</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ฝึกความอดทน หัวใจ ปอด หลอดเลือด อย่างน้อยวันละ 60 นาทีทุกวัน เน้นกิจกรรมที่มีแรงกระแทกต่อเนื่อง : กระโดดเด่น เล่นสนุก จนเหนื่อยหอบ+การเล่นกีฬา/ ออกกำลังกายที่ถนัด</li> <li>ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจนเมื่อยล้า วันเว้นวัน เน้นกิจกรรมฝึกด้วยแรงต้าน : บอดี้เวท</li> <li>ฝึกความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ ทุกวัน เน้นกิจกรรมผ่อนคลาย : กายบริหาร ยืดเหยียด</li> </ul>	<p><b>• ระดับประเทศ/กระทรวง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นโยบายส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</li> <li>- มาตรการสนับสนุนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์</li> <li>- มาตรการ : ตั้งกฎเฝ้า 2 แก้วทุกวัน กินผัก 4 ช้อนกินข้าวทุกวัน แปรงวันละ 2 ครั้งๆ ละ 2 นาที กระโดดโลดเต้นเล่นสนุก จนรู้สึกเหนื่อยหอบอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน และตรวจสายตา</li> <li>- พัฒนารูปแบบทีม นิเทศ ติดตามและประเมินผล แบบบูรณาการร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยป้องกันที่สำคัญ</li> </ul>
	<p><b>อ้วน :</b> น้ำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากันมีโอกาสเกิดโรค NCD แทรกซ้อน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ลดข้าว-แป้ง-น้ำตาล และไขมัน</li> <li>- ดื่มนมรสจืดไขมันต่ำ 2 แก้ว</li> <li>- กินอาหารที่มีแคลเซียมสูง</li> <li>- ลดการกินจุบจิบ ประเภททอด และของหวาน</li> <li>- กินผลไม้รสหวานน้อยเป็นอาหารว่างแทนขนมและเครื่องดื่มรสหวาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำกิจกรรมเหมือนกับเด็กผอม และเด็ย</li> <li>- เพิ่มระยะเวลาการฝึกแบบเข้มข้น ยาวนานกว่า</li> <li>- เพิ่มระยะเวลาการฝึก PA ที่มีแรงกระแทกต่อเนื่อง</li> </ul>	<p><b>• ระดับจังหวัด/อำเภอ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง เด็กฟันผุ สายตาดัดปกติ สูระบบบริการสุขภาพ</li> <li>- เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือน</li> <li>- พัฒนากิจกรรมเคลื่อนไหวและขยายผลงานเครือข่ายโรงเรียน</li> </ul>
	<p><b>ผอม :</b> น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ขาดสารอาหาร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น</li> <li>•• อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง</li> <li>•• ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน</li> <li>•• กินไข่ 1-2 ฟอง</li> <li>•• กินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้น : ทอด ผัด กะทิ</li> <li>•• เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง</li> <li>•• เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ฝึกPA ที่มีแรงกระแทกสูง : กระโดด วิ่ง ร่วมกับการเล่นกีฬา/ ออกกำลังกายที่ถนัด</li> <li>• ฝึกแบบเข้มข้น (เหนื่อยมาก/หอบ)ผสมฝึกแบบหนักสลับเบา : วิ่งเร็วเต็มที่ในเวลาสั้นๆ สลับพัก 30 วินาที กระโดดจิ้งจอก 10-15 รอบ พักระหว่างรอบ 30 วินาที ปั่นจักรยานด้วยความเร็วสูงสลับปั่นความเร็วนิ่งๆ</li> <li>• ฝึกกระโดดสูง ครั้งละประมาณ 10-30 นาที ตามความหนักเบา</li> <li>• ฝึกPA ที่มีแรงกระแทกต่อเนื่องมีดใหญ่ๆ : ขา เขน ท้อง ออก หลังจนล้า วันเว้นวัน ด้วยกิจกรรมที่มีแรงต้าน : เก้าอี้ยี่ฟง บอดี้เวท</li> <li>• อบอุ่นร่างกาย ยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนและหลังทำ PA แบบเข้มข้นทุกครั้ง</li> <li>• ทำPA แบบเข้มข้นในตอนเช้า ร่วมกับยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ในช่วงเย็นก่อนอาหารมื้อเย็น/ก่อนนอน</li> </ul>	<p><b>• ระดับท้องถิ่น/ชุมชน/ครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การออกกำลังกาย และการตรวจสายตา</li> <li>- เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยง โดยนักจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน/ อสม.วัยเรียน/มปค.</li> <li>- พัฒนา HL โดยบูรณาการเนื้อหาสุขภาพในหลักสูตรและพัฒนากระบวนการส่งเสริม HL ในเด็กให้มีประสิทธิภาพ</li> </ul>
	<p><b>เด็ย :</b> ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กที่มีอายุเท่ากัน เด็กเติบโตไม่ดีขาดอาหารเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อย</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น</li> <li>•• ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน</li> <li>•• กินไข่ 1-2 ฟอง</li> <li>•• เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ</li> </ul>		

กินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายปริมาณและสัดส่วน ตามคำแนะนำใน 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 มปค. อสม.วัยเรียน แกนนำนักเรียน มาตรการทางสังคมและชุมชน
- Invest : เขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต กองทุนสุขภาพตำบล ท้องถิ่น และภาคเอกชน

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																	
แผนที่/ ประเด็น ยุทธศาสตร์	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) - ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี																	
โครงการที่ เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย - ประชาชนทุกช่วงวัยมีสุขภาพที่ดี เป็นกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง																	
ระดับการ แสดงผล	จังหวัด																	
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก																	
คำนิยาม	ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก หมายถึงยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของ elemental iron 60 มิลลิกรัมต่อเม็ด เด็กอายุ 6-12 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 12 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 12 ปี 11 เดือน 29 วัน) โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียน ระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)																	
เกณฑ์เป้าหมาย																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="5">ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2566</th> <th>2567</th> <th>2568</th> <th>2569</th> <th>2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≥ 50</td> <td>≥ 50</td> <td>≥ 50</td> <td>≥ 50</td> <td>≥ 50</td> </tr> </tbody> </table>	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ พ.ศ.					2566	2567	2568	2569	2570	ร้อยละ	≥ 50	≥ 50	≥ 50	≥ 50	≥ 50
หน่วยวัด	ปีงบประมาณ พ.ศ.																	
	2566	2567	2568	2569	2570													
ร้อยละ	≥ 50	≥ 50	≥ 50	≥ 50	≥ 50													
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเฝ้าระวังการได้รับยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กนักเรียน 2. เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กลดลง																	
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3 ทุกสังกัด																	
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลเด็ก 6 - 12 ปี ที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กโดยคำนวณปริมาณให้เพียงพอ สำหรับการกินสัปดาห์ละ1ครั้ง จนถึงวันที่เด็กจะได้รับบริการในครั้งถัดไป 2. รพ.PCU ของรพ.และรพ.สต.บันทึกรหัสยาและข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม (แฟ้มDRUG) - DRUG ใช้ประเมินการได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (รหัสยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามรายการ แนบท้าย)																	
แหล่งข้อมูล	1. โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด 2. ระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (รหัสยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กตามรายการแนบท้าย)																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมดจากแฟ้ม Nutrition (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ) ในทุก 6 เดือน																	

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก = $(A/B) \times 100$	
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนกับสปสช. รพ.สต./ PCU / รพ./ รพ.รัฐนอกสังกัดและเอกชน	
หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานกลุ่มวัยเรียน	
ระยะเวลา รายงาน ประเมินผล	ทุก 6 เดือน รอบที่1 ต.ค – มี.ค รอบที่2 เม.ย – ก.ย	
มิติข้อมูล	<input type="checkbox"/> Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) <input checked="" type="checkbox"/> Protective Factors (ปัจจัยการป้องกัน) <input checked="" type="checkbox"/> Promoting Intervention (กิจกรรมการส่งเสริม) <input type="checkbox"/> Health Outcomes (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ)	
หลักเกณฑ์การจ่ายยา	1. หน่วยบริการสาธารณสุขจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กทุกครั้งที่ให้บริการอนามัยโรงเรียนและมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก เทอมละ 1 ครั้ง 2. จ่ายยาให้เพียงพอกับปริมาณที่กำหนดตามคำแนะนำ (คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุ) โดยคำนวณให้กินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกการจ่ายยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กลงใน แฟ้ม Drug ส่งออกตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม	
ชื่อทางการค้าและรหัสยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก (ใช้รหัสยา 19 ตัวแรก)	EUROFER	202030120137819920381422
	FEMARATE	100488000004203120381169
	FERROTABS	100489000004320121881267
	BEFERMED	100489000004320121881267
	F-TAB	100488000004203121781674
		100488000004203120381442
	FERROUS FUMARATE	100488000004203120381013
	FERMIRON	100488000004203120381053
	I - RON	100488000004203120381144
	FERRA	100488000004203120381271
	FERMATE	100488000004203120381341
	FEROUS FAMARATE TABLET	100488000004203120381626
		100488000004203121881626
I-RON-F	10048800000420312178114	

	<table border="1"> <tr> <td>FEROUS FAMARATE TABLET</td> <td>100488000004203120381626</td> <td>100488000004203121881626</td> </tr> <tr> <td>I-RON-F</td> <td>100488000004203121781144</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FER - TAB</td> <td>100488000004203121881442</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FERMASIAN S/C</td> <td>100488000004203121881553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FERROUS SULFATE</td> <td>100489000004192121881506</td> <td>100489000004320120381122</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100489000004320120381506</td> <td>100489000004203120381555</td> </tr> <tr> <td>FERROUS SULFATE FILM COATED</td> <td>100489000004203120381084</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FERROUS SULPHATE</td> <td>100489000004203120381144</td> <td>100489000004203120381619</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100489000004203120381477</td> <td>100489000004203120381544</td> </tr> <tr> <td></td> <td>100489000004203120381546</td> <td></td> </tr> </table>	FEROUS FAMARATE TABLET	100488000004203120381626	100488000004203121881626	I-RON-F	100488000004203121781144		FER - TAB	100488000004203121881442		FERMASIAN S/C	100488000004203121881553		FERROUS SULFATE	100489000004192121881506	100489000004320120381122		100489000004320120381506	100489000004203120381555	FERROUS SULFATE FILM COATED	100489000004203120381084		FERROUS SULPHATE	100489000004203120381144	100489000004203120381619		100489000004203120381477	100489000004203120381544		100489000004203120381546	
FEROUS FAMARATE TABLET	100488000004203120381626	100488000004203121881626																													
I-RON-F	100488000004203121781144																														
FER - TAB	100488000004203121881442																														
FERMASIAN S/C	100488000004203121881553																														
FERROUS SULFATE	100489000004192121881506	100489000004320120381122																													
	100489000004320120381506	100489000004203120381555																													
FERROUS SULFATE FILM COATED	100489000004203120381084																														
FERROUS SULPHATE	100489000004203120381144	100489000004203120381619																													
	100489000004203120381477	100489000004203120381544																													
	100489000004203120381546																														
<b>รายละเอียด</b> <b>ข้อมูลพื้นฐาน</b>	<p>หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="5">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2561</th> <th>2562</th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เด็กวัยเรียน ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>6.19</td> <td>0.65</td> <td>1.59</td> <td>5.69</td> <td>0.77</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2561	2562	2563	2564	2565	เด็กวัยเรียน ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ	6.19	0.65	1.59	5.69	0.77											
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																											
		2561	2562	2563	2564	2565																									
เด็กวัยเรียน ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ	6.19	0.65	1.59	5.69	0.77																									
<b>เอกสาร</b> <b>สนับสนุน</b>	<p>1. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สำนักโภชนาการ</p>																														
<b>ผู้ให้ข้อมูลทาง</b> <b>วิชาการ /</b> <b>ผู้ประสานงาน</b> <b>ตัวชี้วัด</b> <b>ระดับจังหวัด</b>	<p>หลัก 1.นางนุชสาคร เขมะศิริ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 08 4042 1426  โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : nussakon@gmail.com  กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานวัยเรียน สำนักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>รอง 2.นางคณิตา กวางค์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 08 1973 4475  โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : k_khanitar@hotmail.com  กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานวัยรุ่น สำนักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>																														
<b>หน่วยงาน</b> <b>ประมวลผลและ</b> <b>จัดทำข้อมูล</b>	<p>ระดับพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ขึ้นทะเบียนกับสปสข. รพ.สต./ PCU / รพ./ รพ.รัฐนอกสังกัดและเอกชน</p> <p>ระดับจังหวัด</p> <p>งานข้อมูลและสารสนเทศ กลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข 0 5321 1048-50 ต่อ 123</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ 0 5321 1048-50 ต่อ 434</p> <p>ระดับส่วนกลาง</p> <p>ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>																														

# A<sup>2</sup>IM เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

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

Assessment

Intervention		Management
<p><b>สูงดีสมส่วน :</b> น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง และมีส่วนสูงตามเกณฑ์</p>	<p>- เด็กวัยเรียนควรกินอาหารใน 1 วัน : •• ข้าว-แป้ง 8 ทัพพี •• ผัก 4 ทัพพี/12 ช้อนกินข้าว • ผลไม้ 3 ส่วน •• เนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว • นม 2-3 แก้ว</p>	<p><b>ระดับประเทศ/กระทรวง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นโยบายส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน</li> <li>- มาตรการสนับสนุนเพื่อสร้างพฤติกรรมที่พึงประสงค์</li> <li>- รณรงค์ : ดึงดูดใจ 2 แก้วทุกวัน กินผัก 4 ช้อนกินข้าวทุกวัน แปรงฟันละ 2 ครั้งๆ ละ 2 นาที กระจัดโตแดนแล่นสนุก จานรู้ลึกเหนือหอยอย่างน้อย 60 นาทีทุกวัน และตรวจสายตา</li> <li>- พัฒนารูปแบบทีม นิเทศ ติดตามและประเมินผล แบบบูรณาการร่วมกับ กระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุม บัญชีเสียง และปัจจัยป้องกันที่สำคัญ</li> </ul> <p><b>ระดับจังหวัด/อำเภอ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบคัดกรองส่งต่อเด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง เด็กฟันผุ สายตาดัดปกติ สูระบบบริการสุขภาพ</li> <li>- เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยงทุกเดือน</li> <li>- พัฒนาการขับเคลื่อนและขยายผลงานเครือข่ายโรงเรียน</li> </ul> <p><b>ระดับท้องถิ่น/ชุมชน/ครอบครัว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการสวน.ที่เอื้อต่อการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรณรงค์ และการตรวจสายตา</li> <li>- เฝ้าระวังภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียน ทุก 6 เดือน และกลุ่มเสี่ยง โดยนักจัดการสุขภาพเด็กวัยเรียน/ อสม.วัยเรียน/มปค.</li> <li>- พัฒนา HL โดยบูรณาการเนื้อหาสุขภาพในหลักสูตรและพัฒนากระบวนการส่งเสริม HL ในเด็กให้มีประสิทธิภาพ</li> </ul>
<p><b>อ้วน :</b> น้ำหนักมากกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเท่ากันมีโอกาสเกิดโรค NCD แทรกซ้อน</p>	<p>- ลดข้าว-แป้ง-น้ำตาล และไขมัน • ดื่มนมรสจืดไขมันต่ำ 2 แก้ว • กินอาหารที่มีแคลเซียมสูง • ลดการกินจุบจิบ ประเภททอด และของหวาน • กินผลไม้รสหวานน้อยเป็นอาหารว่างแทนขนมและเครื่องดื่มรสหวาน</p>	
<p><b>ผอม :</b> น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ขาดสารอาหาร</p>	<p>- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น •• อาหารกลุ่มข้าว-แป้ง • ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน •• กินไข่ 1-2 ฟอง • กินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้น : ทอด ผัด กะทิ •• เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง •• เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ</p>	
<p><b>เฉียด :</b> ส่วนสูงน้อยกว่าเกณฑ์ในเด็กที่มีอายุเท่ากัน เด็กเติบโตไม่ดีขาดอาหารเรื้อรังเจ็บป่วยบ่อย</p>	<p>- เน้นอาหารที่ให้พลังงานเพิ่มขึ้น • ดื่มนม 2 แก้วทุกวัน • กินไข่ 1-2 ฟอง • เพิ่มอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพ</p>	
<p>กินอาหารครบ 5 หมู่ หลากหลายปริมาณและสัดส่วน ตามคำแนะนำใน 1 วัน ลดการบริโภคน้ำตาล และการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านอาหาร</p>		
<p>แปรงฟันทุกวัน วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 2 นาที เน้นก่อนนอน</p>		
<p>นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ 9-11 ชม.ทุกวัน</p>		
<p>ส่งเสริมให้มีตรวจสายตาเด็กนักเรียน</p>		
<p>ส่งเสริมให้มีความรู้ เพศวิถีศึกษา และทักษะชีวิต เช่น พัฒนาการทางเพศ และสุขอนามัยทางเพศ การดูแลรักษาความสะอาด และพฤติกรรมทางเพศ</p>		

Advocacy

- Inform : องค์ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการเด็กวัยเรียน สื่อสารสาธารณะ Key Message ฐานข้อมูลเด็กวัยเรียนรายเขตสุขภาพ
- Mobilize community / partnership : การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่าย รัฐ เอกชน ท้องถิ่น มปค. อสม.วัยเรียน แกนป้านักเรียน มาตรการทางสังคมและชุมชน
- Invest : เขตสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต กองทุนสุขภาพตำบล ท้องถิ่น และภาคเอกชน

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการ แสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของนักเรียนชั้นป.1 ได้รับการตรวจสายตา
คำนิยาม	<p>เด็กนักเรียนชั้นป.1 หมายถึง นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในโรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนที่มีการเปิดการเรียนการสอนในระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส (มัธยมศึกษาตอนต้นม.1-ม.3)</p> <p><b>การตรวจคัดกรองสายตา</b> หมายถึง นักเรียนได้รับการตรวจคัดกรองสายตา (นักเรียนที่สวมแว่นตาหรือไม่ได้สวมแว่นตา) โดยใช้แผ่นทดสอบตา Snellen's Chart แบบตัวเลข/แบบตัว E โดยครูอนามัยโรงเรียน/ครูประจำชั้น/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p><b>สายตาผิดปกติ</b> หมายถึง นักเรียนได้รับการตรวจคัดกรองสายตา (นักเรียนที่สวมแว่นตาหรือไม่ได้สวมแว่นตา) โดยใช้แผ่นทดสอบตา Snellen's Chart แบบตัวเลข/แบบตัว E พบผลการตรวจคัดกรองสายตาผิดปกติ ทั้ง 2 ข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่ง (เกณฑ์การตัดสินว่าผิดปกติ คือ ค่า VA &lt;20/40 หรือ &lt; 6/12 ในตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือตาสองข้างเห็นต่างกัน ตั้งแต่ 2 แถวขึ้นไป) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบสายตาผิดปกติได้รับการรักษา หมายถึง นักเรียนได้รับการตรวจคัดกรองสายตา (นักเรียนที่สวมตา หรือไม่ได้สวมแว่นตา โดยใช้แผ่นทดสอบตา Shellen'S Chart แบบตัวเลข/แบบตัว E พบว่าสายตาผิดปกติทั้ง 2 ข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่ง ( เกณฑ์การตัดสินว่าผิดปกติ คือ ค่า VA&lt;20/40 หรือ &lt; 6/12 ในตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือตาสองข้างเห็นต่างกันตั้งแต่ 2 แถวขึ้นไป) นักเรียนได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจซ้ำโดยทีมจักษุแพทย์</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. นักเรียนชั้นป.1 ได้รับการคัดกรองสายตา เป้าหมายร้อยละ 80</p> <p>2. นักเรียนที่มีสายตาผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุแพทย์ เป้าหมายร้อยละ 60</p>
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเป็นข้อมูลการเฝ้าระวังภาวะสายตาที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของเด็กนักเรียนให้พัฒนาศักยภาพ การเรียนรู้ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามนโยบาย “ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลารู้”</p> <p>2. เพื่อประเมินการได้รับบริการภายใต้สิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เด็กวัยเรียนในการเข้าถึงบริการการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพ</p>
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<p>เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3</p> <p>ทุกสังกัด</p>
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	รวบรวมจากข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (แฟ้ม community service) รายงานระบบ Health data center

แหล่งข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้มและระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนนักเรียนชั้น ป. 1 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2180-1H2183)
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนนักเรียนชั้น ป. 1 ตรวจพบสายตาผิดปกติ (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2181-1H2183)
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนของนักเรียนชั้น ป. 1 พบสายตาผิดปกติได้รับการรักษา (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2181)
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนของนักเรียนชั้น ป. 1 การตรวจคัดกรองสายตา ปกติทั้ง 2 ข้าง (จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2180)
รายการข้อมูล 5	B = จำนวนนักเรียนชั้น ป. 1 ทั้งหมดของโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป. 1 ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา = $(A1/B) \times 100$ 2. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป. 1 ตรวจพบสายตาผิดปกติ = $(A2/A1) \times 100$ 3. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป. 1 พบสายตาผิดปกติได้รับการรักษา = $(A3/A2) \times 100$ 4. ร้อยละของนักเรียนชั้น ป. 1 ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาปกติทั้ง 2 ข้าง = $(A4/A1) \times 100$
วิธีการ ประมวลผล	คิดจาก 43 แฟ้ม (ปีการศึกษา) A1 : จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองสายตา จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2180-1H2183 A2 : จำนวนนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองสายตา และพบผิดปกติ จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2181-1H2183 A3 : จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตาพบความผิดปกติได้รับการรักษา จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2181 A4 : จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจคัดกรองสายตา ปกติทั้ง 2 ข้าง จากแฟ้ม Community Service รหัส 1H2180 B : จำนวนนักเรียนชั้น ป.1 ทั้งหมด
ระยะเวลา รายงาน	วิเคราะห์และสรุปผล ปีการศึกษาละ 1 ครั้ง คือ ภาคเรียนที่ 1 พื้นที่ตรวจคัดกรองสายตา และลงข้อมูล เดือน พ.ค.-ก.ย. หรือ ภาคเรียนที่ 2 พื้นที่ตรวจคัดกรองสายตา และลงข้อมูล เดือน ต.ค.-เม.ย.
ระดับของข้อมูล รายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่ (รงเรียน/สถานบริการสาธารณสุข/ตำบล/อำเภอ/ จังหวัด/เขตบริการสุขภาพ/ประเทศ)
หน่วยประมวล และจัดทำข้อมูล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)



รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน							
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			2560	2561	2563	2564	2565
ร้อยละของนักเรียนชั้น ป. 1 ได้รับการตรวจคัดกรอง สายตาเป้าหมายร้อยละ 60	ร้อยละ	22.7	39.8	23.93	3.64	19.19	
ร้อยละของนักเรียนชั้น ป. 1 สายตาผิดปกติได้รับการส่ง ตรวจวินิจฉัยโดยทีม จักษุแพทย์ เป้าหมาย ร้อยละ 60	ร้อยละ	61.3	82.6	91.67	4.52	6.67	
หมายเหตุ : ข้อมูลระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข							
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด ระดับจังหวัด	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : - E-mail : phupha14@gmail.com</p> <p>2. นางนุชสาคร เขมะศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0840421426 E-mail : nussakon@gmail.com</p>						
ผู้รับผิดชอบ รายงาน / ผลการ ดำเนินงาน	<p>นางนุชสาคร เขมะศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0840421426 E-mail : nussakon@gmail.com</p>						

# วัยเรียน

## โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กนักเรียนเชียงใหม่ในศตวรรษที่ 21 เก่ง ดี มีทักษะ แข็งแรง ปี 2566

ตัวชี้วัด	1.) นักเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 57 2.) นักเรียนชั้นป.1ได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 80 3.) นักเรียนชั้นป.1 ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง > ร้อยละ 80 4.) นักเรียนอายุ 6 – 14 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กสัปดาห์ละ60มก. > ร้อยละ 70			
เป้าหมาย	เด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี ทุกคนในโรงเรียนทุกสังกัด			
กลยุทธ์	1..ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย การพัฒนา ศักยภาพเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 2.พัฒนาคุณภาพโครงการเด็กไทยสายตาดี	2.ยกระดับคุณภาพงานส่งเสริม สุขภาพเด็กวัยเรียนและการคุ้มครอง ตามหลักประกันสุขภาพ	3.เสริมสร้างความรอบรู้ ทักษะสุขภาพ	4.พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการติดตามประเมินผลผ่าน ระบบ HDC และโปรแกรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	สร้างความร่วมมือ กับ ภาคีเครือข่าย พัฒนากลไกการ ดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ และแนวทางการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนระดับจังหวัด	ส่งเสริมให้เด็กได้รับการคุ้มครองและ เข้าถึงบริการสุขภาพตามหลักประกัน สุขภาพ	สนับสนุนโรงเรียนเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้าน สุขภาพและกิจกรรมหรือนวัตกรรม แก้ไขปัญหาในรายกลุ่ม เสี่ยง (อ้วน ผอม เตี้ย)	4.พัฒนาระบบฐานข้อมูลร่วมและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในการเฝ้าระวังสุขภาพนักเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
แนวทางดำเนิน กิจกรรม	กิจกรรมที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการดำเนินงานขับเคลื่อน “การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนจังหวัดเชียงใหม่” กิจกรรมที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนา เทคนิคการคัดกรองสุขภาพนักเรียน และแนวทางให้บริการนักเรียน ที่พบปัญหาความผิดปกติของสุขภาพวัยเรียน กิจกรรมที่ 3 นิเทศติดตามกระบวนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพและการบันทึกข้อมูล ที่พบปัญหาสุขภาพในพื้นที่			
ระดับ	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ความสำเร็จ Small Success	1.มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนา “การ จัดการ สุขภาพเด็กวัยเรียนจังหวัดเชียงใหม่” เพื่อ พัฒนารูปแบบการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ 2. มีข้อมูล/รายงาน และประเมินผลสถานการณ์ ภาวะโภชนาการ ทันเวลา	มีการวิเคราะห์ประเมินผลกลุ่มเสี่ยง (อ้วน ผอม เตี้ย ) ภาวะสายตา ผิดปกติ และจัดระบบการบริการ สุขภาพ และส่งต่อเด็กวัยเรียน เชื่อมโยงหน่วยบริการปฐมภูมิ และ สถานศึกษา	สามารถคัดกรองภาวะสุขภาพเด็กนักเรียน ประเมินการ เจริญเติบโต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง Obesity และประเมินภาวะสายตาผิดปกติ และ จัดระบบการบริการสุขภาพ และส่งต่อเด็กวัยเรียน เชื่อมโยงหน่วยบริการปฐมภูมิ และสถานศึกษา	1.มีผลประเมิน/ผลดำเนินงานโภชนาการ - เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน > ร้อยละ 57 - เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย < ร้อยละ 5 - เด็กอายุ 6-14 ปี เริ่มอ้วนและอ้วน < ร้อยละ 10 - เด็กอายุ 6-14 ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก > ร้อยละ 70 2.มีผลประเมิน/ผลดำเนินงานเด็กไทยสายตาดี เด็กป.1อายุ 6-12ปี ได้รับการตรวจสายตา > ร้อยละ 80

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ชื่อตัวชี้วัด	4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี จากข้อมูลในระบบ HDC ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
มิติข้อมูล	<input type="checkbox"/> Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) <input type="checkbox"/> Protective Factors (ปัจจัยการป้องกัน) <input type="checkbox"/> Promoting Intervention (กิจกรรมการส่งเสริม) <input type="checkbox"/> Health Outcomes (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) <input checked="" type="checkbox"/> Life Impact (ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 23 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15-19 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 15-19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 1,000 =$ อัตราการคลอด HDC
รายการข้อมูล (adjusted)	<p>A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานทะเบียนราษฎร ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี จากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา</p> <p>B: อัตราการคลอดจากระบบ HDC ปีปัจจุบัน (ปรับเป็นอัตราการคลอด ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4 ของปีงบประมาณ)</p> <p>ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC <math>\times 4/1</math></p> <p>ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC <math>\times 4/2</math></p> <p>ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC <math>\times 4/3</math></p> <p>ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC <math>\times 4/4</math></p>

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 2	AXB = การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี (adjusted)					
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน ปี พ.ศ.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 ประมวลผล ทุก 3 เดือน					
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข					
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี			
			2563	2564	2565	
	- อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี ค่า adjusted (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	27.57	25.57	22.51	
- การเฝ้าระวังอัตราการคลอด ในหญิงอายุ 15-19 ปี ในระบบ HDC ฐานข้อมูล (ประชากรในเขต รับผิดชอบ จากการสำรวจ Type Area =1,3)	อัตราต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	17.44	14.21	12.45		
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com 2. นางคณิตา กวางศ์ 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
---	--

ประเด็นยุทธศาสตร์	1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 10-14 ปี จากข้อมูลในระบบ HDC ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน
มิติข้อมูล	<input type="checkbox"/> Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) <input type="checkbox"/> Protective Factors (ปัจจัยการป้องกัน) <input type="checkbox"/> Promoting Intervention (กิจกรรมการส่งเสริม) <input type="checkbox"/> Health Outcomes (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) <input checked="" type="checkbox"/> Life Impact (ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 0.8 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 10-14 ปี ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล
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 จากฐานทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมา/ 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				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 2	AXB = การเฝ้าระวังการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี (adjusted)				
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน ปี พ.ศ. 2566					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ไม่เกิน 0.8	ไม่เกิน 0.8	ไม่เกิน 0.8	ไม่เกิน 0.8	
วิธีการ ประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผล ทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2563	2564	2565
	- อัตราการคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี ค่า adjusted (ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)	อัตราต่อประชากร หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	1.05	2.15	1.77
- การเฝ้าระวังอัตราการคลอด ในหญิงอายุ 10-14 ปี ในระบบ HDC ฐานข้อมูล (ประชากรใน เขตรับผิดชอบจากการสำรวจ Type Area =1,3)	อัตราต่อประชากร หญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน	0.67	0.82	0.73	
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com 2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475				

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



ประเด็นยุทธศาสตร์	1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
เป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์	วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท
มิติข้อมูล	<input type="checkbox"/> Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) <input type="checkbox"/> Protective Factors (ปัจจัยการป้องกัน) <input type="checkbox"/> Promoting Intervention (กิจกรรมการส่งเสริม) <input checked="" type="checkbox"/> Health Outcomes (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) <input type="checkbox"/> Life Impact (ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 13.5
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล ที่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูล หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยเรื่องการคลอด และการแท้งในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร)ในช่วงเวลาที่กำหนด <math>BTYPE(LABOR) = 1-6</math></li> <li>- อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด  <math>BDATE(LABOR) - BIRTH(PERSON)</math> ปีเศษลง &lt; 20 ปี</li> <li>- เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป <math>GRAVIDA(LABOR) \geq 2</math></li> <li>- นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย <math>CID + BDATE</math>)</li> <li>- เป็นประชากร Type Area (PERSON) = 1,3 ของเขตที่รับผิดชอบ</li> </ul>
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร)ในช่วงเวลาที่กำหนด BTYPE(LABOR) =1-6</li> <li>- อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง &lt; 20 ปี</li> <li>- นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID + BDATE)</li> </ul>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	(A/B) X 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน ปี พ.ศ.2566					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
ไม่เกิน 13.5		ไม่เกิน 13.5		ไม่เกิน 13.5	
รอบ 12 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 6 เดือน	
ไม่เกิน 13.5		ไม่เกิน 13.5		ไม่เกิน 13.5	
วิธีการประเมินผล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละอำเภอ และรายงานข้อมูลในระบบฐานข้อมูล Health Data Center ทุก 1 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	ระบบการรายงาน Health Data Center จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2563	2564	2565
	- ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	18.36	15.28	15.20
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.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
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย และหมันหญิง หลังคลอดหรือหลังแท้งต่อหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด
มิติข้อมูล	<input type="checkbox"/> Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) <input type="checkbox"/> Protective Factors (ปัจจัยการป้องกัน) <input checked="" type="checkbox"/> Promoting Intervention (กิจกรรมการส่งเสริม) <input type="checkbox"/> Health Outcomes (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) <input type="checkbox"/> Life Impact (ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามข้อมูลการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ในกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล และได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ภายใน 42 วันหลังคลอด หรือหลังแท้ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	<p>A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร)ในช่วงเวลาที่กำหนด</li> <li>- อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด</li> </ul> <p><math>BDATE(LABOR) - BIRTH(PERSON) \text{ ปีเศษลง} &lt; 20 \text{ ปี}</math></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ ( record ที่ CID + BDATE ซ้ำให้ตัดออก)</li> </ul> <p>ร่วมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย, หมันหญิง (FPTYPE = 1-7)</li> <li>- ได้รับการบริการภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด DATE_SERV(FP) – BDATE(LABOR) &lt; 42 วัน</li> </ul>				
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากเพิ่ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร)ในช่วงเวลาที่กำหนด</li> <li>- อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด</li> <li>- BDATE (LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง &lt; 20 ปี</li> <li>- นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ ( record ที่ CID + BDATE ซ้ำให้ตัดออก)</li> </ul>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมินผล พ.ศ. 2566	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60				
หน่วยจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการวางแผนครอบครัว				
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูล Health Data Center ประเมินผลทุก 3 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง		
			2563	2564	2565
	- ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) หลังคลอดหรือหลังแท้ง	ร้อยละ	36.67	30.45	27.34
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522</p> <p>โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</p>				

	2. นางคณิตา กวางศ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร และกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานนำเข้าสู่ข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในระบบฐานข้อมูล HDC
การนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์	เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง
การเผยแพร่ข้อมูล	การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 การประชุมวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ประเด็นยุทธศาสตร์	1. ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์	วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย)
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่มีการคุมกำเนิดและได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ต่อหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่
มิติข้อมูล	<input type="checkbox"/> Risk Factors (ปัจจัยเสี่ยง) <input type="checkbox"/> Protective Factors (ปัจจัยการป้องกัน) <input checked="" type="checkbox"/> Promoting Intervention (กิจกรรมการส่งเสริม) <input type="checkbox"/> Health Outcomes (ผลลัพธ์ทางสุขภาพ) <input type="checkbox"/> Life Impact (ผลกระทบต่อการดำรงชีวิต)
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามข้อมูลการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในกลุ่มวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร ภายใน 42 วันหลังคลอด หรือหลังแท้ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในสถานบริการสาธารณสุขและได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีฝังยาคุมกำเนิดหรือใส่ห่วงอนามัย
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการวางแผนครอบครัว ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด</li> <li>- อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง &lt; 20 ปี</li> <li>- นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE ซ้ำให้ตัดออก) ร่วมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาฝังคุมกำเนิด หรือ ห่วงอนามัย (FPTYPE = 3,4)</li> <li>- ได้รับการบริการภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด DATE_SERV(FP) – BDATE(LABOR) &lt; 42</li> </ul>
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>B = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด</li> <li>- อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง &lt; 20 ปี</li> <li>- นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE ซ้ำให้ตัดออก) ร่วมกับ สามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้</li> <li>- ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย, หมันหญิง (FPTYPE = 1-7)</li> <li>- ได้รับการบริการภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด</li> <li>- DATE_SERV(FP) – BDATE(LABOR) &lt; 42 วัน</li> </ul>
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1</b>	$(A/B) \times 100$
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ทุก 3 เดือน
<b>เกณฑ์การประเมินผล พ.ศ. 2566</b>	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
<b>หน่วยจัดเก็บข้อมูล</b>	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง สถานบริการสุขภาพที่ให้บริการวางแผนครอบครัว
<b>วิธีการประเมินผล</b>	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	ระบบรายงานจาก Health Data

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คุมกำเนิด ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝัง คุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) หลังคลอดหรือหลังแท้ง		
			2563	2564	2565
	- ร้อยละของหญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี ที่คุมกำเนิด ได้รับบริการคุมกำเนิดด้วย วิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด /ห่วงอนามัย) หลังคลอด หรือหลังแท้ง	ร้อยละ	22.27	32.64	25.67
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.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>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร 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				
หน่วยงานนำเข้าข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลในระบบฐานข้อมูล HDC				
การนำข้อมูลไปใช้ ประโยชน์	เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ (Modern Methods) ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้ง				
การเผยแพร่ข้อมูล	การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 การประชุมวิชาการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง				



# เด็กวัยรุ่นไทยในศตวรรษที่ 21 เก่ง ดี มีทักษะ แข็งแรง ปี 2566

<b>ตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.9 ต่อ ปชก.หญิงอายุ 10-14 ปี 1000 คน</li> <li>2. ลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อ ปชก.หญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คน</li> <li>3. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13</li> </ol>				
<b>สถานการณ์</b>	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี มีแนวโน้มลดลง ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำและการคุมกำเนิดฯ ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย				
<b>กลยุทธ์/มาตรการ</b>	พัฒนาระบบบริการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิด	พัฒนาระบบบริการให้คำปรึกษาและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ได้มาตรฐาน	3เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายแม่		
<b>กิจกรรมหลัก</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาศักยภาพสำหรับบุคลากรสาธารณสุขด้านบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ อบรมให้บริการฝังยาคุมกำเนิด</li> <li>2. เพิ่มสิทธิประโยชน์ในการเข้ารับบริการการคุมกำเนิด</li> <li>3. สนับสนุนและส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีและใช้เวชภัณฑ์วางแผนครอบครัวด้วยเทคโนโลยีที่หลากหลายทันกับปัญหา และครอบคลุมระบบประกันสุขภาพทุกระบบ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ที่ผ่านการรับรองมานานกว่า 3 ปี (Re accredit)</li> <li>2. ขยายสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ใน รพ.สต.</li> <li>3. มีระบบส่งต่อ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ขับเคลื่อนการทำงานของคณะอนุกรรมการระดับจังหวัดและคณะทำงานในระดับอำเภอ/ตำบล</li> <li>2. ส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยรุ่น ผ่านการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</li> <li>3. ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ตาม พ.ร.บ.ฯ</li> </ol>		
<b>ระดับความสำเร็จ</b>	<p>3 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เจ้าหน้าที่ได้รับทราบนโยบายและจัดทำแผนการดำเนินงาน ปี 2566</li> <li>2. คณะทำงานและคณะอนุกรมระดับจังหวัดจัดทำแผนการดำเนินงานและร่วมขับเคลื่อนภายใต้ พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</li> </ol>	<p>6 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการขับเคลื่อนกลไกการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัด</li> <li>2. เจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์</li> </ol>	<p>9 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โรงพยาบาลได้รับการประเมินรับรองตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) ฉบับ พ.ศ.2563</li> <li>2. นิเทศติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและตัวชี้วัดโดยทีมนิเทศระดับจังหวัด</li> <li>3. สรุปผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายภายใต้ พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น</li> </ol>	<p>12 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราการคลอดด้วยวัยรุ่น อายุ 10-14 ปี ไม่เกิน 0.9 ต่อพัน ประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี</li> <li>2. อัตราการคลอดด้วยวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ไม่เกิน 25 ต่อพัน ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี</li> <li>3. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงน้อยกว่า 20 ปี ไม่เกินร้อยละ 13</li> <li>4. โรงพยาบาลผ่านการประเมินตนเองในโปรแกรม YFHS Application ร้อยละ 30</li> <li>5. คณะอนุกรรมการระดับจังหวัด และคณะทำงานระดับได้ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน</li> </ol>	

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่	2. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี										
เป้าประสงค์ที่	4. ประชาชนทุกช่วงวัยมีสุขภาพที่ดี เป็นกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง										
ระดับการแสดงผล	จังหวัด										
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ										
คำนิยาม	<p>วัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปีเต็ม ถึงอายุ 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) เท่ากับ 18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยมีสูตรคำนวณ ดังนี้</p> $\text{ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)} \times \text{ส่วนสูง (เมตร)}}$ <p>ซึ่งเกณฑ์การประเมินค่าดัชนีมวลกาย มีดังนี้</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>&lt; 18.5</td> <td>18.5-22.9</td> <td>23.0-24.9</td> <td>25.0-29.9</td> <td>≥30</td> </tr> <tr> <td>ผอม</td> <td>ปกติ</td> <td>น้ำหนักเกิน</td> <td>อ้วนระดับ 1</td> <td>อ้วนระดับ 2</td> </tr> </table>	< 18.5	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2
< 18.5	18.5-22.9	23.0-24.9	25.0-29.9	≥30							
ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วนระดับ 1	อ้วนระดับ 2							
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 52										
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายที่ปกติ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	วัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง พื้นที่บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยเทคนิค 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 42.8 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.2 เซนติเมตร</li> <li>รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาล บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม</li> <li>สำหรับ สสม. และ ศอช. ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ Health for You (H4U) ของ Cluster วัยทำงาน</li> </ol>										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>Health data center (HDC) จากแฟ้ม NCDSCREEN และ NUTRITION</li> <li>Application Health for You (H4U)</li> </ol>										
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ										
รายการข้อมูล 2	ตัวตั้ง B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักส่วนสูงทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	<p>รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566)</p> <p>รอบที่ 1: 5 เดือนหลัง (มีนาคม – กรกฎาคม 2566)</p>										
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขและ H4U กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด										

เอกสารสนับสนุน	<p>- คู่มือการสำรวจข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน 2566</p> <p>- เอกสาร/เครื่องมือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Application H4U Plus</li> <li>2. โปรแกรมโภชนาการอัจฉริยะ Food 4 Health</li> <li>3. คู่มือการดำเนินงานโรงอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ (Healthy Canteen)</li> <li>4. แนวทางการดำเนินงานเมนูสุขภาพ</li> <li>5. โปรแกรมรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์</li> <li>6. แพลตฟอร์มก้าวทำใจ <a href="https://www.kaotajai.com">https://www.kaotajai.com</a></li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	วัยทำงาน อายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	44.24	43.74	43.47
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</li> <li>2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com</li> </ol>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่	2. ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมสู่เมืองสุขภาพดี
เป้าประสงค์ที่	4. ประชาชนทุกช่วงวัยมีสุขภาพที่ดี เป็นกำลังคนที่มีสมรรถนะสูง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานอายุ 25 -59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุ ด้านสุขภาพ
คำนิยาม	- วัยทำงาน หมายถึง ประชาชนอายุ 25 ปี 0 เดือน 1 วัน ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ./รพช./รพท. และ รพ.สต - พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำ การปฏิบัติ และการแสดงออก ที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ได้แก่ 1. การกินผักวันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป 2. การมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาที ต่อสัปดาห์ขึ้นไป 3. การนอนวันละ 7-9 ชั่วโมง ตั้งแต่ 3 วันต่อสัปดาห์ขึ้นไป 4. การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นานอย่างน้อย 2 นาทีทุกวัน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 46
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เตรียมการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	วัยทำงานอายุ 15-59 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมโดยการทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานผ่าน Mobile application H4U
แหล่งข้อมูล	Application H4U
รายการข้อมูล	A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานผ่าน Mobile application H4U และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่ทำแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานผ่าน Mobile application H4U ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2565 – กุมภาพันธ์ 2566) รอบที่ 1: 5 เดือนหลัง (มีนาคม – กรกฎาคม 2566)
วิธีการประเมินผล	สำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพประชากรกลุ่มเป้าหมายผ่าน application H4U

เอกสารสนับสนุน	<p>- คู่มือการสำรวจข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน 2566</p> <p>- เอกสาร/เครื่องมือส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. application H4U Plus</li> <li>2. โปรแกรมโภชนาการอัจฉริยะ Food4Health</li> <li>3. คู่มือการดำเนินงานโรงอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ (Health Canteen)</li> <li>4. แนวทางการดำเนินงานเมนูสุขภาพ</li> <li>5. โปรแกรมคำนวณปริมาณสารอาหาร</li> <li>6. แพลตฟอร์มก้าวทำใจ <a href="https://www.koatajai.com">https://www.koatajai.com</a></li> <li>7. application Fun D</li> <li>8. คู่มือแนวทางส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ 10 Packages</li> <li>9. แผ่นพับ 10 Packages ปลอดภัยดี สุขภาพดี มีความสุขในสถานประกอบการ</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละประชากรอายุ 25-59 ปีที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุคุณภาพ	ร้อยละ	28.27	34.44	19.52
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com</li> <li>2. นางคณิตา กวางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 0 5321 1048-50 ต่อ 433,434 โทรศัพท์มือถือ 08 1973 4475 E-mail: k_khanitar@hotmail.com</li> </ol>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

# ประชาชนวัยทำงาน สุขภาพแข็งแรง ฉลาดรอบรู้ และเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัด	1. วัยทำงานอายุ 18-59 ปี ดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 52 2. ร้อยละวัยทำงานอายุ 25-59 ปี ที่มีการเตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพโดยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 46			
สถานการณ์	1. ค่าดัชนีมวลกายปกติกลุ่มวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี ที่มีแนวโน้มลดลง 2. กลุ่มวัยทำงานอายุ 15 - 59 ปี มีภาวะสุขภาพที่พึงประสงค์ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 19.28) ด้านที่น้อยที่สุดคือการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ (ร้อยละ 49.32) ด้านที่มากที่สุด คือ การบริโภคผัก ทุกวันหรือประมาณ 4-6 วัน (ร้อยละ 78.2)			
กลยุทธ์/มาตรการ	1. การสร้างคลังความรู้เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ	2. การขับเคลื่อนชุมชนรักการออกกำลังกาย	3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและประชาชน เพื่อเพิ่มทักษะ HL ด้านกิจกรรมทางกาย	
กิจกรรมหลัก	1. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ความรู้แก่ประชาชน ผ่าน Facebook, Line 2. กำหนดประเด็นองค์ความรู้ให้แก่ประชาชน 3. ผลิตสื่อสร้างกระแสสื่อสารประชาสัมพันธ์ ด้านสุขภาพ ข้อมูลบริการต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ให้เข้าถึงประชาชน ผ่าน อสม. และหน่วยบริการ	1. ชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนงาน ของหน่วยบริการตาม ความเหมาะสมของพื้นที่ และสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมาย 2. ประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และ ประชาสัมพันธ์ประชาชนในพื้นที่ ร่วมกิจกรรม การออกกำลังกาย 3. หน่วยบริการ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	1. ชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูล และการใช้ Digital platform ต่างๆ สำหรับประชาชนและเจ้าหน้าที่	
ระดับความสำเร็จ	3 เดือน 1. เจ้าหน้าที่ได้รับทราบนโยบาย และจัดทำแผนการดำเนินงาน ปี 2566 2. ประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 3. บันทึกผลการคัดกรองและวิเคราะห์ ภาวะสุขภาพวัยทำงาน กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยในระบบ HDC 4. สํารวจประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พึ่งประสงค์ ใน Application H4U Plus	6 เดือน 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2. ภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย 3. มีสื่อประชาสัมพันธ์ ผ่านทางระบบ ออนไลน์ 4. จำนวนประชาชนลงทะเบียนเสริมสร้าง ความรอบรู้วิถีใหม่ ใน Application ก้าวท้าใจ H4U Plus	9 เดือน 1. จำนวนประชาชนลงทะเบียนเสริมสร้าง ความรอบรู้วิถีใหม่ ใน Application ก้าวท้าใจ H4U Plus 2. นิเทศติดตามระดับอำเภอ/ตำบล	12 เดือน 1. ประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 50 2. วัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี ที่มีการ เตรียมการเพื่อยามสูงอายุด้านสุขภาพ โดยการมีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ ร้อยละ 46

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการ แสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	5. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน</p> <p>3. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน</p> <p>4. ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่าย และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>5. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>6. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>7. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <p>7.1 การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกสัปดาห์รอบ 9 เดือนและ 12 เดือน</p> <p>7.2 การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)</p> <p>7.3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
66	67	68	69	70	
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99	
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>1. เพื่อให้ Care Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล ส่งเสริม ฟันฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน</p> <p>2. เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และช่วยเหลือตัวเองได้</p>				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง</p>				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้านผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>- กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKP กระทรวงสาธารณสุขสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<p>1. Blue Book Application</p> <p>2. โปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย</p> <p>3. ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>4. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC</p>				
<b>รายการข้อมูล</b> <b>1</b>	<p>A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC</p>				



รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan (A / B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566			
<b>เกณฑ์การประเมิน : (ระบุ small success : ผลลัพธ์ในแต่ละรอบ)</b> <b>ปี 2566:</b>				
	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
	- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการ LongTerm Care แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในระดับเขต / จังหวัด และเครือข่าย - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manaser จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term กรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ Care (30) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุนLTC ระดับตำบล ร้อยละ 90	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (30) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุนLTC ระดับตำบล ร้อยละ 90	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (30) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุนLTC ระดับตำบล ร้อยละ 93	- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (30) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุนLTC ระดับตำบล ร้อยละ 95 - ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ร้อยละ 22
วิธีการประเมินผล	1. ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน 2. Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล 3. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น			

<b>เอกสาร สนับสนุน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย</li> <li>- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)</li> <li>- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C)</li> <li>- คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)</li> </ul>
----------------------------	--

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ตัวชี้วัด Baseline data*	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ	89.56	92.45	93.37

#### หมายเหตุ :

- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์ ซึ่งได้รับการดูแลตาม Care Plan ผ่านโปรแกรม Long Term Care (3C) และตรวจสอบสิทธิ์จากระบบ โปรแกรม Long Term Care สปสช. แล้วหารด้วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC
- ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ พ.ศ. 2565 เป็นข้อมูลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์ ซึ่งได้รับการดูแลตาม Care Plan ผ่านโปรแกรม Long Term Care (3C) และ ตรวจสอบสิทธิ์จากระบบโปรแกรม Long Term Care สปสช. แล้วหารด้วยผู้สูงอายุและ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC

<b>ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0861965522</li> <li>2. นางจิปราณี ยิ้มยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0816741461 E-mail : Jipranee@hotmail.com</li> </ol>
<b>ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน</b>	นางจิปราณี ยิ้มยวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048-50 ต่อ 434 โทรศัพท์มือถือ : 0816741461 E-mail : Jipranee@hotmail.com

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการ แสดงผล	จังหวัดเชียงใหม่
ชื่อตัวชี้วัด	6. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
คำนิยาม	<p>1. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้น</p> <p>2. แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>2. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ</li> <li>3. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ</li> <li>4. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี</li> <li>5. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ</li> <li>6. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ</li> </ol> <p>3. ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้</li> <li>2. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ</li> <li>3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ</li> <li>4. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง</li> <li>5. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้วผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่</li> <li>6. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย</li> <li>7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ ในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ</li> <li>8. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีไป</li> </ol>

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	66	67	68	69	70
	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองและจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ</p> <p>2. เพื่อส่งเสริมให้สังคม ชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว</p> <p>3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care) ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพและร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้นหรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ</li> <li>- รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)</li> <li>- กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป</li> </ul>				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง)</li> <li>2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ</li> <li>3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง</li> <li>4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ol>				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ประเด็นเสี่ยง				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) = $\frac{A \times 100}{B}$			
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566			
เกณฑ์การประเมิน	ปี 2566 :			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	<p>ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล อำเภอและเครือข่าย</p> <p>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่คัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อจำแนกกลุ่มตีกกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์และจัดบริการตามบริบทของผู้สูงอายุ</p> <p>- พัฒนาแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ในรูปแบบรูปแบบ Digital พร้อมจัดทำคู่มือแนวทางการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ</p> <p>- พัฒนาทักษะบุคลากรในการเป็นผู้ช่วยจัดทำ Wellness Plan</p>	<p>- ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 25</p>	<p>- ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 40</p>	<p>- ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ร้อยละ 50</p>

<b>วิธีการประเมินผล</b>	1. ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ 2. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)				
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Health Promotion &amp; Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ</li> <li>- คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพคู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)</li> </ul>				
	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
	จำนวนของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	จำนวน (คน)	2563  1,386	2564  48,428	2565  91,586
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นางกิริณา แสนจิตต์ <span style="float: right;">ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</span> โทรศัพท์ที่ทำงาน: 053 211048-50 <span style="float: right;">โทรศัพท์มือถือ: 08 99529029</span> สถานที่ทำงาน : สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b>	1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ 2. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	จังหวัดเชียงใหม่				
ชื่อตัวชี้วัด	<p>7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p>				
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ พัลด์ตกหกล้ม</p> <p>จังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 5 โรงพยาบาล อัตราผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปต่อจำนวนประชากรทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 21.19 (จากข้อมูลสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย : จำนวนประชากรทั้งหมดในจังหวัดเชียงใหม่ 1,789,385 คน และ พบว่า มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 379,118 คน</p>				
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2566	2567	2568	2569	2570
ภาวะสมองเสื่อม	ร้อยละ30	ร้อยละ40	ร้อยละ50	ร้อยละ50	ร้อยละ50
ภาวะหกล้ม	ร้อยละ30	ร้อยละ40	ร้อยละ50	ร้อยละ50	ร้อยละ50
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p> <p>2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ</p>				
แหล่งข้อมูล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ( <a href="http://agingthai.dms.moph.go.th">http://agingthai.dms.moph.go.th</a> )				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 7.1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 7.2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$				
ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566					
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30	
7.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 27.5	≥ ร้อยละ 30	
ปี 2567					
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
7.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40	
7.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 37.5	≥ ร้อยละ 40	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data หน่วยวัด ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		ร้อยละ	2565	2566	2567
			ภาวะสมองเสื่อม	36.69	
ภาวะหกล้ม	41.16				
วิธีการ ประเมินผล	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				



<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)</li> <li>2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ</li> <li>3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก</li> <li>4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : <a href="http://agingthai.dms.moph.go.th">http://agingthai.dms.moph.go.th</a></li> <li>5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline)</li> </ol>
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>นางกิริณา แสนจิตต์      ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: 053 211048-50      โทรศัพท์มือถือ : 08 99529029</p> <p>สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b>	<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</li> <li>2. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</li> </ol>

ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเอง ดำรงชีวิตประจำวันได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นพลังทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย	(1) ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) (2) บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่
ตัวชี้วัดเป้าหมาย	1) ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 2) ร้อยละ 30 ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือ ภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
กลยุทธ์	1. ขับเคลื่อนแผนการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 2. การเข้าถึงบริการผู้สูงอายุ (Age-Friendly Hospital) 3. เมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities)
มาตรการ	1.1 สนับสนุนการประเมินคัดกรอง/การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผ่าน Digital Health Platform (I) 1.2 สนับสนุนการสื่อสาร/การใช้องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพตนเอง ของประชาชน ครอบครัว ชุมชน (A) 1.3 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลตามแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (I) 1.4 สนับสนุนการรวมกลุ่มเชิงสังคม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านสุขภาพ (R) 1.5 สนับสนุนการดำเนินงาน Age – Friendly Communities ( Sub District: นำร่อง ต.แม่เหียะ ต.ใหม่ปучา ) ร่วมกับภาคีเครือข่ายท้องถิ่น (P) 1.6 สนับสนุนการจัดบริการคลินิกเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ Age - Friendly Hospital ในสถานบริการ (I)
โครงการสำคัญ	1) โครงการเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ Age - Friendly City 2 ตำบลนำร่อง 2) โครงการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2566

ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
1. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน 2. พื้นที่ที่มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ภาคีเครือข่าย 5. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ 6. พัฒนากลไก/เครื่องมือ/แนวทางการดำเนินงาน AFC จังหวัดเชียงใหม่	1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ร้อยละ 80 และคัดกรอง ADL ร้อยละ 95 2. ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ในชมรมผู้สูงอายุ 34 คน*204 ตำบล ) 3. ร้อยละ 30 ของกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม เข้าสู่คลินิกผู้สูงอายุ 4. มีการดำเนินงานพัฒนาพื้นที่ต้นแบบชุมชนที่ 'เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2 ตำบลต้นแบบ 5. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ภาคีเครือข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ต้นแบบ AFC	1. ร้อยละ 80 มีการติดตามการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2. ร้อยละ 30 ของโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีการติดตามบริการภาวะสมองเสื่อม ภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 3. ร้อยละ 50 ของรพช. มีการติดตามเปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ร่วมคลินิก NCD สุขภาพจิต แพทย์แผนไทย 4. ร้อยละ 50 ของ รพ.สต. มีการติดตามส่งเสริมแผนส่งเสริมสุขภาพดี (IWP) ให้บริการกายใจ 5. ร้อยละ 100 มีการสรุปผลการดำเนินการ AFC ในพื้นที่ต้นแบบทั้งกระบวนการและ ผลลัพธ์ รายงานตามระบบรายงานเขตบริการสุขภาพที่ 1	1. ร้อยละ 100 รพ.สต./รพ./สสอ.มีการสรุปผลการดำเนินการ ทั้งกระบวนการและ ผลลัพธ์การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2. ร้อยละ 100 ของ รพช. รพท. มีการสรุปผลการดำเนินการ ทั้งกระบวนการและ ผลลัพธ์บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 3. ร้อยละ 50 ของรพช. มีการสรุปผลการดำเนินการ ทั้งกระบวนการและ ผลลัพธ์บริการคลินิกผู้สูงอายุเน้นคุณภาพ 4. ร้อยละ 50 มีการสรุปผลการดำเนินการ แผนส่งเสริมสุขภาพดี ทั้งกระบวนการและ ผลลัพธ์ ให้บริการกายใจ รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ 5. ร้อยละ 100 มี ผลการดำเนินการ AFC ในพื้นที่ ต้นแบบ

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	8. อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
คำนิยาม	<p>อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของ ประชาชนที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p><b>ความรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้</p> <p><b>ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ประชาชนมีทักษะ 1. การค้นหาคำตอบที่ต้องการ 2. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น 3. การตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมาและ 4. การประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ความจำเป็นและสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ (เพื่อให้ มีความหมายตรงกับ Health Literacy)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละ 70 (สำรวจ)
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1) Rapid Survey 1 ครั้งต่อปี โดยการสำรวจจากผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพและชุมชนนําร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ) ในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ”</p> <p>2) การสำรวจครัวเรือนระดับประเทศ (Household Survey) ทุก 5 ปี</p>
แหล่งข้อมูล	<p>การสำรวจในประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ระดับชาติ (ฉบับย่อ 17 คำถาม ปรับปรุงปี 2565) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะประเมินทักษะที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทำไม่ได้เลยหรือไม่เคยทำ (0 คะแนน) ทำได้ยากมาก (1 คะแนน) ทำได้ยาก (2 คะแนน) ทำได้ ง่าย (3 คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (4 คะแนน) ทั้งนี้ เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรู้ด้าน สุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 45 คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ของ The European Health Literacy Project 2009-2012 ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่าร้อยละ 66 ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม)</p>

รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (45 คะแนน)		
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด		
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด 1	จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (45 คะแนน) × 100 จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด		
ระยะเวลา ประเมินผล	1. Rapid Survey 1 ครั้งต่อปี 2. Household Survey ทุก 5 ปี		
เกณฑ์การประเมิน ปี พ.ศ. 2566			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	-	-
			ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล :	เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 45 คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ของ The European Health Literacy Project 2009- 2012 ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่าร้อยละ 66 ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม)		
เอกสารสนับสนุน	1. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 2. คู่มือแนวทางการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565
	65	ร้อยละ	ใช้ผลสำรวจปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ ร้อยละ 65
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048-50 โทรศัพท์มือถือ : 08 6196 5522 โทรสาร : 053-211740 Email: phupha14@gmail.com 2. นางคณิตา กวางศ์ 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 กวางศ์ 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	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	9. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p><b>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</b> หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p><b>อำเภอ</b> หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 25 แห่ง</p> <p><b>กลุ่มเปราะบาง</b> หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ 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><b>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ</b> พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคมอย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ</li> <li>2. คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล</li> <li>3. คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการดูแลสุขภาพถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง</li> </ol>

	(อ้างอิง : บวรศม สิริระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ,2559)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
	ร้อยละ 85	ร้อยละ 87	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90	ร้อยละ 92
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 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 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<p>1. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา</p> <p>3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงานที่ขับเคลื่อนโดยพขอ.</p> <p>5. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกัน</p>	<p>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และดูแลกลุ่มเปราะบาง</p> <p>3. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พขอ. ผ่าน CL UCCARE</p>	<p>1. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE</p> <p>2. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัดและเขต</p>	<p>1. อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85</p> <p>2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่พื้นที่กำหนด</p>
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>1. อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 87</p> <p>2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิต (ขยายกลุ่มเป้าหมาย)</p>
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>1. อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 89</p> <p>2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิต (ขยายกลุ่มเป้าหมาย)</p>
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			<p>1. อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 90</p> <p>2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิต (ขยายกลุ่มเป้าหมาย)</p>

ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			1. อำเภอมุ่งมั่นดำเนินงานและผ่านเกณฑ์ การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 92 2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิต (ขยายกลุ่มเป้าหมาย)		
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น</li> <li>2. มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน</li> <li>3. มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง</li> <li>4. มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน</li> <li>5. มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเอง (ผ่านโปรแกรม CL UCCARE) และผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและอำเภอ</li> </ol>				
เอกสารสนับสนุน :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561</li> <li>2. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</li> <li>3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561</li> <li>4. แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และโปรแกรม CL UCCARE</li> </ol>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	25 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 92 (23 อำเภอ)	ร้อยละ 92 (23 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (25 อำเภอ)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายสาคร ไชยอำมาตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรสาร : 0 5321 1740</li> <li>2. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรสาร : 0 5321 1740</li> </ol>				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				



<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	<p>1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรศัพท์มือถือ : 061 546 4290 โทรสาร : 0 5321 1740</p> <p>2. นางสาวกรวิการ์ ชัยฉกรรจ์      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรศัพท์มือถือ : 097 924 7532 โทรสาร : 0 5321 1740      E-mail : Phc.osm.cm@gmail.com</p>
--	---

กลุ่มงานหลัก : การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

**แผนงาน :การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ**  
**โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)**

<b>Target / KPI No.</b>	เป้าหมาย : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางได้อย่างเป็นรูปธรรม KPI : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ค่าเป้าหมาย ปี 2566 ร้อยละ 85			
<b>Situation /Baseline</b>	<b>Situation</b> : ปี 2563-2565 ทุกอำเภอ 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ 2561 ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 100 ปี 2565 มีการกำหนดประเด็นคุณภาพชีวิต เรื่อง 1. โรคโควิด-19 2. การดูแลกลุ่มเปราะบาง 3. ชยะและสิ่งแวดล้อม 4. อุบัติเหตุทางท้องถนน 5. อาหารปลอดภัยและการคุ้มครองผู้บริโภค			
<b>Strategy</b>	<b>Strategy 1</b> สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	<b>Strategy 2</b> พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม	<b>Strategy 3</b> เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน	
<b>Key Activity</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ให้เป็นปัจจุบัน</li> <li>2. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา/กลุ่มเปราะบาง คัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทพื้นที่</li> <li>3. อำเภอมีการประเมินตนเองและรายงานผล เพื่อนำมาวางแผนร่วมกับจังหวัด</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นการพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกัน ในระดับอำเภอและรายงานผลในระดับจังหวัด</li> <li>2. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง และวางแผนการดูแลกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน</li> <li>3. ดำเนินการตามแผนการดำเนินการพัฒนา แก้ไขปัญหาคัญตามบริบทพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</li> <li>4. สรุบบทเรียนผลการดำเนินการพัฒนา แก้ไขปัญหาคัญตามบริบทพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกลุ่มเปราะบาง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แบบบูรณาการและมีมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</li> <li>2. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา แก้ไขปัญหาคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ</li> <li>3. สรุปลผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง</li> <li>4. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการพขอ.</li> <li>5. สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันตามบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม</li> </ol>	
<b>Small Success</b>	<b>ไตรมาส 1</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน</li> <li>2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาคัญ</li> <li>3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่</li> <li>4. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงานที่ขับเคลื่อนโดยพขอ.</li> <li>5. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนา ร่วมกัน</li> </ol>	<b>ไตรมาส 2</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</li> <li>2. มีการบริหารจัดการ บูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง</li> <li>3. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พขอ.ผ่าน CL UCCARE</li> </ol>	<b>ไตรมาส 3</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE</li> <li>2. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัด และเขต</li> </ol>	<b>ไตรมาส 4</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85</li> <li>2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่พื้นที่กำหนด</li> </ol>

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ( PP&P Excellence)
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
ระดับการ แสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	<b>10. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)</b>
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) หมายถึง ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย 4 ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง 4 ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน</li> <li>2. การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre-Hospital care) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ</li> <li>3. การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล (In-Hospital care) หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นการดูแลตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย</li> <li>4. การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนโรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งที่ทำให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย</li> <li>5. การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management หมายถึง การใช้กลไกกระบวนการ และองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ (การป้องกัน การลดผลกระทบการเตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ)</li> <li>6. ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Team) หมายถึง ทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบการเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ</li> <li>7. ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาล และรับส่งผู้ป่วย สำหรับเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด</li> </ol>

8. ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทุกราย ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ค่า Ps น้อยกว่า 0.25 เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (nonpreventable death) 2) ค่า Ps 0.25 ถึง 0.50 เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death) 3) ค่า Ps มากกว่า 0.50 เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death)
9. คู่มือมาตรฐานรพพยาบาล หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของรพพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรพพยาบาล แนวปฏิบัติ เพื่อการขับเคลื่อนรพพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรพพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยบนรพพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
10. ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำและรวดเร็ว
11. สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล
12. ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความว่า “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ
13. การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment) หมายถึง เป็นกระบวนการที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัยโดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความล่าช้า และความเปราะบาง ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม
14. แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอนและวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง
15. การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย

เกณฑ์เป้าหมาย :						
		ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
		ร้อยละ 65	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด 2. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของระบบให้ครอบคลุม 3. ติดตามและประเมินการใช้จ่ายคู่มือกำหนดมาตรฐานรพยบาล กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด 4. เพื่อยกระดับการพัฒนากระบวนการปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจากโรงพยาบาลในจังหวัด					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง 4 ระดับ (12 ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์การประเมินและมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด 76 จังหวัด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) และ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)					
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566 – 2570						
ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ			
			3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1	มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ	1	—			
2	จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ	1		—		

3	มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผน ตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	1			—	
4	สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลัง การเกิดอุบัติเหตุระดับอำเภอ (ด้านการแพทย์ และสาธารณสุข)	1				—
5	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้า มายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้	1	—			
6	โรงพยาบาลในสังกัด มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มี ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case	1			—	
7	สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการ บาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	1				—
8	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐาน รพพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อ ผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด	1			—	
9	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพ ที่สำคัญของอำเภอพร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยง ของโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรก และสาธารณสุขภัยที่ สำคัญ 3 ลำดับแรกของจังหวัด	1	—			
10	มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการ วิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่ สำคัญของจังหวัด	1			—	
11	ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการ รองรับโรคและสาธารณสุขภัย 3 ภัยที่สำคัญจาก การวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่ สำคัญของจังหวัด	1			—	
12	ดำเนินการซ่อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยง ของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่าง น้อย 1 ภัยต่อปี	1				—
		12	3	3	3	3

สูตรคำนวณระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) คำนวณคะแนนจากผล การดำเนินงานตามตัวชี้วัด 12 ตัวชี้วัดย่อย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ		
	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
12	1.00-4.00	5.00-8.00	9.00-12.00

วิธีการประเมินผล	ระดับ	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมินผล
	1	การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre- Hospital) การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข	
		1.1 มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด 1.2 จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด 1.3 มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) 1.4 สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน) 1.2 แผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) 1.3 รายงานกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด อาทิ คำสั่งคณะทำงาน การกำหนดตัวชี้วัด การนิเทศงาน การเยี่ยมเสริมพลัง การกำกับติดตามประเมินผล เป็นต้น 1.4 รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)
	2	การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด	
	2.1 โรงพยาบาลศูนย์ รพพยาบาลทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้ 2.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูล	2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รายงานข้อมูล และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ปี 66-70 ร้อยละ 100 2.2 มีรายงานติดตามทบทวนข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) มากกว่า 0.5	

	<p>ผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case</p> <p>2.3 สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)</p>	<p>2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)</p>
3	<p>การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)</p>	
	<p>ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. โครงสร้างรถพยาบาล</li> <li>2. แนวปฏิบัติเพื่อการขับขี่รถพยาบาลปลอดภัย</li> <li>3. แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ขณะปฏิบัติงานบนรถพยาบาล</li> <li>4. แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในรถพยาบาล</li> <li>5. แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาล</li> </ol>	<p>3.1 รายงานผลการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>ปี 66 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีผลการประเมินอยู่ในระดับ standard</p> <p>ปี 67 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี 68 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 80 ของจังหวัดมีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี 69 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของจังหวัดมีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี 70 โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent</p>
4	<p>การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster management)</p>	
	<p>4.1 มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ 3 ลำดับแรก และสาธารณสุขภัยที่สำคัญ 3 ลำดับแรกของจังหวัด</p>	<p>4.1 รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง</p> <p>4.2 โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p>



	<p>4.2 มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.3 ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุขภัย 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.4 ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัยต่อปี</p>	<p>4.3 แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุขภัย 3 ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>4.4 รายงาน/สรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย 1 ภัย</p>											
<p><b>เอกสารสนับสนุน</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ฐานข้อมูลในระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance)</li> <li>2. แบบประเมินผู้ปฏิบัติผู้ปฏิบัติงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ</li> <li>3. คู่มือมาตรฐานรพพยาบาลกระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัย</li> <li>4. แบบประเมินติดตามและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานรพพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>5. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)</li> <li>6. คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</li> <li>7. แนวทางประเมินความเสี่ยงภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน</li> </ol>												
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<p><b>Baseline data</b></p> <p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System)</p>	<p><b>หน่วยวัด</b></p> <p>ระดับ</p>	<p><b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				2563	2564	2565		-	-	-
	2563	2564	2565										
	-	-	-										
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /</b></p>	<p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p>												

<b>ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</b>	<p>3. ดร.ทรงยศ คำชัย โทรศัพท์ 053-211048-50 ต่อ 110,111 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221</p> <p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์นันท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>4. นายเกตต์อิสราย ภัยภักดิ์ โทรศัพท์ 053-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail hootho@gmail.com</p>	<p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-8844825 E-mail eittsongyos@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-0308457 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	<p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221</p> <p>3. ดร.ทรงยศ คำชัย โทรศัพท์ 053-211048-50 ต่อ 110,111 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221</p> <p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์นันท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>4. นายเกตต์อิสราย ภัยภักดิ์ โทรศัพท์ 053-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail hootho@gmail.com</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-8844825 E-mail eittsongyos@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p> <p>นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ 081-0308457 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	16. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p><b>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</b> หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p><b>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคล ในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้นการผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</li> <li>2. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</li> <li>3. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</li> <li>4. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</li> <li>5. การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</li> <li>6. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</li> </ol>

	<p>7. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p> <p>ทั้งนี้ ให้นำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖</li> <li>คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย 1 ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม</li> </ol>				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>ปีงบประมาณ 2566</b>	<b>ปีงบประมาณ 2567</b>	<b>ปีงบประมาณ 2568</b>	<b>ปีงบประมาณ 2569</b>	<b>ปีงบประมาณ 2570</b>
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	117 ทีม (ร้อยละ 75)	125 ทีม (ร้อยละ 80)	133 ทีม (ร้อยละ 85)	141 ทีม (ร้อยละ 90)	157 ทีม (ร้อยละ 100)
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</li> </ul>				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ทุกอำเภอ				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบขึ้นทะเบียน				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	A				
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4				

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	109 ทีม	113 ทีม	117 ทีม

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			125 ทีม

ปี 2568 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			133 ทีม

ปี 2569 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			141 ทีม

ปี 2570 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			157 ทีม

วิธีการประเมินผล :	จากระบบชั้นทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบชั้นทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ทีม	72	78	105
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสาคร ไชยอำมาตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรสาร : 0 5321 1740 2. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรสาร : 0 5321 1740				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

<p><b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103    โทรศัพท์มือถือ : 061 546 4290 โทรสาร : 0 5321 1740</p> <p>2. นางสาวศิริธร ภาดี                      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103    โทรศัพท์มือถือ : 089 9567262 โทรสาร : 0 5321 1740                      E-mail : Phc.osm.cm@gmail.com</p>
---	---

กลุ่มงานหลัก : การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

แผนงาน : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

**Target /KPI No.** จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 (เป้าหมาย 117 ทีม คิดเป็นร้อยละ 75)  
จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน

**Situation /Baseline** **Situation** : ปัจจุบัน มีจำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกาศขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 105 หน่วย (สะสม) และครอบคลุมประชากร ที่ได้รับการดูแลโดยหมอประจำตัว 3 คน จำนวน 1,131,619 คน คิดเป็นร้อยละ 70.90 ข้อมูล 30 ก.ย.2565  
**Baseline** : เป้าหมายจำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จำนวน 117 แห่ง ร้อยละ 75 และความครอบคลุมประชากรที่ได้รับการดูแลโดยหมอประจำตัว 3 คน จำนวน 1,320,556 คน ร้อยละ 82.74

- Strategy**
- 1.เพิ่มศักยภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ขับเคลื่อนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
  - 2.พัฒนาและสร้างกลไกเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 3.พัฒนาระบบสารสนเทศ การวิจัย และนวัตกรรมระบบสุขภาพปฐมภูมิ
  - 4.พัฒนาคลังและกระบวนการสร้างหลักธรรมาภิบาลในการอภิบาลระบบสุขภาพปฐมภูมิ
  - 5. เสริมสร้างองค์ความรู้และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน

- Key Activity**
- 1.พัฒนาการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
  - 2.การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคประชาชน และภาคเอกชน
  - 3. พัฒนารูปแบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง
  - 4. พัฒนารูปแบบและขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 5. พัฒนาระบบและกลไกการควบคุมคุณภาพและมาตรฐาน ของการบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน
  - 6. พัฒนาการเครือข่ายระบบส่งต่อบริการระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการทุกระดับ
  - 1.ส่งเสริมสนับสนุนและสร้างความร่วมมือในการผลิตและพัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 2.พัฒนาระบบและกลไกการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพที่เอื้อให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีคุณค่าและการทำงานเป็นทีม
  - 3.สร้างความเข้าใจของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกันต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 4.เสริมสร้างขวัญกำลังใจและธำรงรักษากำลังคนในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
  - 1.พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการ และการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ
  - 2. พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ และการจัดการข้อมูลระบบสุขภาพปฐมภูมิ
  - 3. นำเทคโนโลยีสารสนเทศ นวัตกรรมด้านสุขภาพ และการใช้งานเทคโนโลยีสำหรับสุขภาพมาใช้ในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 4. สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อนำองค์ความรู้ และนวัตกรรมไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 1.พัฒนาและบังคับใช้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิและการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
  - 2. พัฒนาการมีส่วนร่วมกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการบูรณาการทรัพยากรในการจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพ
  - 3. พัฒนาระบบกำกับติดตามและประเมินผล การบริหารและจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้
  - 1.บูรณาการองค์กรทุกภาคส่วนและเสริมสร้างภาคีเครือข่ายภาคประชาชนและภาคประชาสังคมด้านสุขภาพเพื่อจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ
  - 2. ส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแล และจัดการสุขภาพตนเองครอบครัว และชุมชนได้สร้างความเข้าใจของประชาชนต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิและการบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงการมีส่วนร่วมพัฒนาและการใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างมีประสิทธิภาพ

	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
<b>Small Success</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนแผนการจัดตั้ง PCU/NPCU และประเมินความพร้อมหน่วยบริการที่จะสามารถยกระดับเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพร.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</li> <li>- มีแผนงาน/โครงการ พัฒนาคุณภาพPCU/NPCU และเตรียมทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- มีการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ครั้งที่ 1</li> <li>- ทะเบียนประชาชน คู่หม้อประจำตัว 3 คน</li> <li>- มีบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>- มีการเฝ้าระวังผลการดำเนินงานตามแผนงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนและการอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- มีกำหนดทีมสหวิชาชีพตามแผนการจัดตั้ง</li> <li>- มีการดูแลประชาชน โดย 3 หมอ และจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>- มีการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ครั้งที่ 2 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70</li> <li>- หน่วยบริการทุกแห่งมีการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2566</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการอบรมแพทย์หลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- มีการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ครั้งที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 72</li> <li>- มีการดูแลประชาชน โดย 3 หมอ และจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</li> <li>- มีการกำกับติดตามคุณภาพหน่วยบริการ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ปี พ.ศ. 2566โดยทีมระดับอำเภอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปผลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่ได้รับการประกาศขึ้นทะเบียนฯ</li> <li>- สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะเครือข่ายระดับอำเภอ ระดับจังหวัด เพื่อวางแผน แก้ไขปัญหาพร้อมกันให้เกิดความครอบคลุมโอกาสพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายมากขึ้นในปีต่อไป</li> <li>- มีการเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานและประเมินผลการดำเนินงาน</li> </ul>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	17. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน
คำนิยาม	<p><b>ประชาชน</b> หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจากสำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2565)</p> <p><b>หมอประจำตัว 3 คน</b> หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่อง และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไป</p> <p>อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ</p> <p><b>หมอคคนที่ 1 คือ อสม.</b> ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคคนที่ 2 และหมอคคนที่ 3</p> <p><b>หมอคคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข</b> หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 - 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคคนที่ 1 และหมอคคนที่ 3</p> <p><b>หมอคคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว</b> หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น</p>



เกณฑ์เป้าหมาย					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ ณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
จำนวน ประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	876,794 คน (ครอบคลุมประชากร ร้อยละ 75) (ข้อมูลประชากรจาก สปสช. ณ เดือน ต.ค. 65)	935,246 คน (ครอบคลุม ประชากร ร้อยละ 80)	993,699 คน (ครอบคลุม ประชากร ร้อยละ 85)	1,052,152 คน (ครอบคลุม ประชากร ร้อยละ 90)	1,169,058 คน (ครอบคลุม ประชากร ร้อยละ 100)
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อให้ประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ</li> </ul>				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบขึ้นทะเบียน				
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับ หมอประจำตัว 3 คน				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน					
ปี 2566 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	759,888 คน	818,341 คน	876,794 คน		
ปี 2567 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			935,246 คน		
ปี 2568 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			993,699 คน		
ปี 2569 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			1,052,152 คน		
ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
			1,169,058 คน		
วิธีการประเมินผล :	จากระบบขึ้นทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบขึ้นทะเบียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ประชาชน คนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน	คน	536,013	580,788	736,506 ณ ก.ย. 65
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายสาคร ไชยอำมาตย์    นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103    โทรสาร : 0 5321 1740 2. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา    นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103    โทรสาร : 0 5321 1740				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

<p><b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นางสาวจิราพร ธรรมเสนา      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรศัพท์มือถือ : 061 546 4290 โทรสาร : 0 5321 1740</p> <p>2. นางสาวอภิญญา เมธาสุข      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรศัพท์มือถือ : 084 171 8100 โทรสาร : 0 5321 1740</p> <p>3. นางสาวศิริธร ภาดี      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048 – 50 ต่อ 103 โทรศัพท์มือถือ : 089 9567262 โทรสาร : 0 5321 1740</p>
---	---

กลุ่มงานหลัก : การสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

## แผนงาน :การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

<b>Target / KPI No.</b>	เป้าหมาย : มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางได้อย่างเป็นรูปธรรม KPI : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ค่าเป้าหมาย ปี 2566 ร้อยละ 85			
<b>Situation /Baseline</b>	<b>Situation</b> : ปี 2563-2565 ทุกอำเภอ 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ 2561 ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ร้อยละ 100 ปี 2565 มีการกำหนดประเด็นคุณภาพชีวิต เรื่อง 1. โรคโควิด-19 2. การดูแลกลุ่มเปราะบาง 3. ขยะและสิ่งแวดล้อม 4. อุบัติเหตุทางท้องถนน 5. อาหารปลอดภัยและการคุ้มครองผู้บริโภค			
<b>Strategy</b>	<b>Strategy 1</b> สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ	<b>Strategy 2</b> พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม	<b>Strategy 3</b> เสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน	
<b>Key Activity</b>	1. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ให้เป็นปัจจุบัน 2. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา/กลุ่มเปราะบาง คัดเลือกเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทพื้นที่ 3. อำเภอมีการประเมินตนเองและรายงานผล เพื่อนำมาวางแผนร่วมกับจังหวัด	1. การจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นการพัฒนา เพื่อการขับเคลื่อนบูรณาการการทำงานร่วมกัน ในระดับอำเภอและรายงานผลในระดับจังหวัด 2. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ เรื่อง และวางแผนการดูแลกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน 3. ดำเนินการตามแผนการดำเนินการพัฒนา แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง 4. สรุปบทเรียนผลการดำเนินการพัฒนา แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตและกลุ่มเปราะบาง	1. ดำเนินการบริหารจัดการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แบบบูรณาการ และมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2. ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ 3. สรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง 4. รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการพขอ. 5. สนับสนุนและส่งเสริมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในอำเภอเดียวกันตามบทบาทสำคัญเพื่อให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรม	
<b>Small Success</b>	<b>ไตรมาส 1</b> 1. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาคำคัญ 3. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4. มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์การดำเนินงานที่ขับเคลื่อนโดยพขอ. 5. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนา ร่วมกัน	<b>ไตรมาส 2</b> 1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อน ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามพื้นที่ที่กำหนด 2. มีการบริหารจัดการ บูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นฯ การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง 3. ติดตามการดำเนินงานตามประเด็นของ พขอ.ผ่าน CL UCCARE	<b>ไตรมาส 3</b> 1. ประเมินผลการดำเนินงาน จากระบบ CL UCCARE 2. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลังของทีมระดับจังหวัด และเขต	<b>ไตรมาส 4</b> 1. อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 85 2. พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายที่พื้นที่กำหนด

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ				
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	18. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน				
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท</p> <p><b>การจัดการสุขภาพ</b> หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p> <p><b>แกนนำสุขภาพ</b> หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยูวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น</p> <p><b>เครือข่ายสุขภาพ</b> หมายถึง ภาคร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พขอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p><b>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน</b> หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2,066 แห่ง</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จากระบบ Health Gate					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน จำนวน 2,066 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate				
แหล่งข้อมูล	1.การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate ( <a href="https://healthgate.genhed.com/report/village">https://healthgate.genhed.com/report/village</a> )				
รายการข้อมูล 1	A = หมู่บ้านที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)				
รายการข้อมูล 2	B = หมู่บ้านเป้าหมายทั้งหมด (2,066 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				

**เกณฑ์การประเมิน :**

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

1. สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน
2. มีข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน
3. มีการวางแผนการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ฝึกทักษะสุขภาพที่จำเป็นและจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
5. การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน
6. มีการประเมินผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบ นวัตกรรมสุขภาพ
7. ถอดบทเรียน ขยายผลต่อยอดสู่ความยั่งยืน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

**ระดับการพัฒนา**

1. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
2. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ
3. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ  
มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน
4. ระดับดีเยี่ยม: มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผนงาน มีการจัดกิจกรรมฯ  
มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน  
ประชาชนในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

**วิธีการประเมินผล :**

ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

**Small Success**

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. มีเครื่องมือการดำเนินงาน (คู่มือแนวทาง ชุดการเรียนรู้ สื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง/เครื่องมือประเมิน) 2. หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้รับการถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานสุขภาพเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3. มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	1. แกนนำสุขภาพ เช่น อสม. ยุว อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ 2. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 45	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 60	1. ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 75

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. แนวทางการประเมิน 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2563	2564	2565	
	ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน (ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ภาพรวมจังหวัด	ร้อยละ 36.59 (756 แห่ง)	ร้อยละ 34.89 (721 แห่ง)	ร้อยละ 34.84 (720 แห่ง)	
		ผลงานรายอำเภอ	-	-	จำนวน	ร้อยละ
		กัลยาณิวัฒนา	-	-	13	59.03
		จอมทอง	-	-	54	52.43
		เชียงใหม่	-	-	13	15.66
		ไชยปราการ	-	-	13	29.55
		ดอยเต่า	-	-	4	9.30
		ดอยสะเก็ด	-	-	32	28.57
		ดอยหล่อ	-	-	5	9.26
		ฝาง	-	-	25	21.01
		พร้าว	-	-	30	27.52
		เมืองเชียงใหม่	-	-	13	16.67
		แม่แจ่ม	-	-	58	55.77
		แม่แตง	-	-	59	49.17
		แม่ริม	-	-	35	38.04
		แม่วาง	-	-	17	29.31
		แม่อน	-	-	44	89.80
		แม่สาย	-	-	44	47.31
		เวียงแหง	-	-	0	0
		สะเมิง	-	-	4	9.09
		สันกำแพง	-	-	18	18.00
		สันทราย	-	-	91	72.80
		สันป่าตอง	-	-	54	45.00
สารภี		-	-	46	43.40	
หางดง		-	-	10	9.17	
อมก๋อย	-	-	26	27.37		
ฮอด	-	-	12	19.67		
	-	-	720	34.84		





โครงการที่ 2 : พัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.

KPI : ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน เป้าหมาย ปี 2566 : ร้อยละ 75

Goal	1. ชุมชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพ	2. สถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกระดับมีการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและพัฒนาศักยภาพสุขภาพที่มีคุณภาพ	3. ประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเอง	
Key Activity	1.1 พัฒนาศักยภาพชุมชนในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 1) ดำเนินงาน “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” สำหรับวัยทำงาน 2) ดำเนินงาน “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ” สำหรับวัยเรียน 3) พัฒนาแกนนำสุขภาพ (อสม. และ ยูว อสม.) 4) พัฒนาคุณภาพงานสุขภาพศึกษาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพทั้งใน รพ. และ รพ.สต. 1.2 ยกระดับชุมชนให้มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพ โดยพัฒนาเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ ระดับดีมากขึ้นไป, โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติ ระดับดีมากขึ้นไป, สุขศึกษาในรพ.สต.มีมาตรฐานระดับคุณภาพ	2.1 ส่งเสริมสนับสนุนสถานบริการสุขภาพภาครัฐทุกสังกัดให้มีการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพศึกษา (รพ.สต./รพ.รัฐ) 2.2 ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่เชื่อมโยงการจัดการทั้งในชุมชน รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย 2.3 นิเทศติดตามกำกับการพัฒนาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพศึกษา	3.1 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนเป้าหมาย 1) วัยทำงาน ใน “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” 2) วัยเรียน/เด็ก/เยาวชน ใน “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพัญญัติแห่งชาติ”	
Output/Outcome	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ชุมชนมีการดำเนินงานสร้างเสริมจัดการสุขภาพประชาชน ร้อยละ 75</li> <li>◆ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 75 (ของจำนวนชุมชนดำเนินงานสร้างเสริมจัดการสุขภาพ)</li> <li>◆แกนนำสุขภาพวัยเรียนได้รับการพัฒนาเป็น ยูว อสม. ร้อยละ 20 (จากฐานแกนนำสุขภาพนักเรียน)</li> <li>◆ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ จังหวัดละ 1 แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆รพ.สต.ผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพศึกษา ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 75</li> <li>◆รพ.รัฐทุกสังกัดผ่านมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขภาพศึกษา ระดับพัฒนา ร้อยละ 80</li> </ul>	ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองในระดับดีขึ้น (ร้อยละ 80) <ul style="list-style-type: none"> <li>◆มีความรู้ด้านสุขภาพ</li> <li>◆มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับดีขึ้น</li> </ul>	
Small Success	<p>ไตรมาส 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีเครื่องมือการดำเนินงาน(คู่มือ แนวทาง ชุดการเรียนรู้ สื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง/เครื่องมือประเมิน)</li> <li>หน่วยบริการและภาคีเครือข่ายสุขภาพที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้รับการถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานสุขภาพศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ</li> <li>มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่</li> </ol>	<p>ไตรมาส 2</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>แกนนำสุขภาพ เช่น อสม. ยูว อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพ</li> <li>ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 45</li> </ol>	<p>ไตรมาส 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 60</li> </ol>	<p>ไตรมาส 4</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนาขึ้นไป ร้อยละ 75</li> </ol>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	5. โครงการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	24. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD-10 Z51.5) ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยและบันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 ในเวชระเบียนส่งเข้า HDC และดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้</p> <p><b>โรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทยรวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียนและ/หรือมีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข เรื่องหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (มาตรา 12 แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550) และบันทึกในระบบ E-claim บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลไปยังจุดบริการต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า</li> <li>2. มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. โรงพยาบาลระดับ A/S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full-time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M/F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full-time (M1)/part-time (M2,F) อย่างน้อย 1 คน</li> <li>2.2. โรงพยาบาลระดับ A, S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน fulltime/part time อย่างน้อย 1 คน</li> <li>2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรรวมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน และมีทีมสหวิชาชีพรวมดูแลตามบริบท</li> </ol> </li> </ol>

	<p>2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบ คณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว</p> <p>3. มีการวินิจฉัยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะประคับประคอง (ICD-10 Z51.5) ตามกลุ่มโรคที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ดังนี้</p> <p>3.1 กลุ่มโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48</p> <p>3.2 กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และ (Dementia) ICD-10 รหัส F03</p> <p>3.3 โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ICD 10 รหัส N18.5</p> <p>3.4 โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44</p> <p>3.5 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) ICD-10 รหัส I50</p> <p>3.6 ภาวะตับล้มเหลว Hepatic failure รหัส K72 หรือ alcoholic hepatic failure (K70.4) หรือ hepatic failure with toxic liver disease (K71.7)</p> <p>3.7 ภาวะเอดส์เต็มขั้น (Full-Blown AIDS/ Progression of AIDS) รหัส B20-B24 ยกเว้น B23.0, B23.1</p> <p>3.8 ผู้สูงอายุ (อายุ &gt; 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 3.1-3.7 หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคอง</p> <p>3.9 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย</p> <p>4. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุขในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออ. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 40) พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการประจำให้สามารถรับคำขอชดเชยยามอร์ฟิน สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองตามแนวทางที่สปสช กำหนด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย</p> <p>5. มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC เกณฑ์ร้อยละ 35)</p> <p>*เมื่อดำเนินการตามข้อ 4-5 หน่วยบริการประจำมีสิทธิ์ได้รับค่าชดเชยการบริการแบบประคับประคองตามระยะเวลาก่อนเสียชีวิตตามแนวทางที่สปสช. กำหนด</p> <p>6. มีเครือข่ายบูรณาการการดูแลประคับประคองเพื่อการบริหารคลังยามอร์ฟินและร่วมกับหน่วยงานราชการ หรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย เพื่อการจัดการอุปกรณ์ และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส</p>
--	---

	U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 (ติดตามผลการดำเนินการ จาก HDC โดย กรมการแพทย์แผนไทย)				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>					
<b>ปีงบประมาณ 66</b>	<b>ปีงบประมาณ 67</b>	<b>ปีงบประมาณ 68</b>	<b>ปีงบประมาณ 69</b>	<b>ปีงบประมาณ 70</b>	
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	
<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่มีคุณภาพ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) ผ่านกระบวนการประชุมครอบครัว และได้รับการดูแลแบบองค์รวมตามแผน มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งพัฒนาการดูแลในรูปแบบเครือข่ายระดับอำเภอ				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	เก็บข้อมูลและรายงานผลระดับอำเภอ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บัณฑิตที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้าน ใน 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วน				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	Health data center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a> รายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง service plan สาขา Intermediate และ palliative care ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (workload)				
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 รหัส Z71.8 เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ				
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนดที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-10 C00-C96, D37-D48, I60-I69, F03, N18.5, J44, I50, K72, K70.4, K71.7, B20-B24(ยกเว้น B23.0, B23.1), R54 และผู้ป่วยอายุ 0-14 ปี (ที่วินิจฉัย Z515 รวมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ				
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$				

ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 55		
วิธีการ ประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การตรวจราชการ โดยที่มิเทศและตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์</li> <li>2. การติดตามผ่านอนุกรรมการระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>3. การติดตามโดยคณะกรรมการ service plan การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองเขตสุขภาพ และจังหวัด</li> <li>4. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล สรพ disease specific certification/provincial network</li> </ol>				
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2565 <a href="https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf">https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf</a></li> <li>2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์) กรมการแพทย์</li> <li>3. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (<a href="http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrug_system2561_edited030562.pdf">http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/palliativecaredrug_system2561_edited030562.pdf</a> )</li> <li>4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) : Palliative Care Version 1.2016 ที่ <a href="https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf">https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf</a></li> </ol>				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	รอยละการให้การดูแลตาม แผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	-	-	จ.เชียงใหม่ 34.31 (HDC 30/09/65) เป้าหมายร้อยละ 50
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ /	1. นางพัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และรักษาการหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ				

<b>ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</b>	2. แพทย์หญิงนลินทิพย์ ธรรมฤกษ์ฤทธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหล่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-267397-9 โทรศัพท์มือถือ : 083-7635671 3. นางโปรดปราน ข้าสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048 ต่อ 115 โทรศัพท์มือถือ : 091-8582381
<b>หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)</b>	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 1204 E-mail : ictmoph@moph.go.th 2. กองตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 2590 6358 - 59 โทรสาร : 02 965 9851 4. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ชัยบุรี กรมการแพทย์
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	1. แพทย์หญิงนลินทิพย์ ธรรมฤกษ์ฤทธิ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลดอยหล่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-267397-9 โทรศัพท์มือถือ : 083-7635671 2. นางโปรดปราน ข้าสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048 ต่อ 115 โทรศัพท์มือถือ : 091-8582381

# โครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

## จังหวัดเชียงใหม่

<b>นโยบาย ก.สธ.</b>	1. โรงพยาบาลระดับ AS,M,F มีบริการผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐาน 2. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึง (Accessibility) บริการดูแลแบบประคับประคอง	<b>เป้าหมาย (Goals)</b>	1. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานถึงวาระสุดท้าย และเข้าถึง (Accessibility) การดูแลรักษาแบบประคับประคอง จากทีมสุขภาพครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลในช่วงเวลา ของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม 2. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพิ่มการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต	
<b>ตัวชี้วัด</b>	1. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (8 กลุ่มโรค) ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและภายในเวลาที่กำหนด 2. มีการพัฒนาระบบเครือข่ายในโรงพยาบาลระดับ A.S.M.F ร้อยละ 60	3. พัฒนานอค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับ A,S,M.F ร้อยละ 60 4. จัดทำคลังเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลระดับ A.S.M.F ร้อยละ 60	5. พัฒนา OPIOIDS MODEL ใน รพ. ระดับ A.S.M.F ร้อยละ 50 6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระดับ A.S.M.F ร้อยละ 50 7. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	
<b>ยุทธศาสตร์/มาตรการ</b>	มาตรการที่ 1 Integrated Health Care Service (improved quality of life)	มาตรการที่ 2 การเข้าถึงยาจำเป็นสำหรับการจัดการอาการ	มาตรการที่ 3 เสริมพลังประชาชนและครอบครัว ตลอดจนชุมชน ในการมีส่วนร่วมการตัดสินใจการรักษา (shared decision-making) Public awareness/participation	
<b>กิจกรรมหลัก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนา Pediatric PC; hemato</li> <li>- Integrated with NCD : เป้าหมาย โรคไต, ผู้สูงอายุ/LTC, Stroke, Sepsis /COPD</li> <li>- จัดทำข้อเสนอการทำ ACP ในกลุ่มผู้ป่วย CKD stage 5</li> <li>- Acute Care: ER =&gt; คัดกรอง, แนวทางการดูแล, ระบบใน ER Trauma Transplant</li> <li>- สนับสนุนให้ รพ.ได้รับการรับรอง DSC โดยจัดให้มีการประเมินตนเองตาม Quality standard ปีละ 1 ครั้ง และมีการเยี่ยมพื้นที่เพื่อเสริมพลัง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อสารแนวทางการปฏิบัติและการบริหารจัดการยา opioids ไปยังหน่วยบริการทุกแห่งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยา opioid ได้</li> <li>- ทำข้อเสนอไปยัง Service Plan กัญชา: ให้มีแพทย์ PC เป็นผู้ร่วมดูแลกรณีสั่งยากัญชาในผู้ป่วย PC</li> <li>- การอบรมบุคลากรในแผนการบูรณาการกับปฐมภูมิ</li> <li>- ผู้ป่วย Palliative Careทุกคนได้รับคำแนะนำ เรื่องการใช้กัญชา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมการทำ ACP สำหรับ บุคลากรดูแลผู้ป่วย.CKD, ผู้สูงอายุ</li> <li>- จัดทำข้อเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ในผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและเกณฑ์ palliative care เพื่อให้เกิดการคัดกรองและการดูแลที่เหมาะสม</li> <li>- ประชาสัมพันธ์การทำพินัยกรรมชีวิต ( มาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ 2550)</li> </ul>	
<b>ระดับความสำเร็จ</b>	<b>รอบ 3 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการโดยรวม ไม่น้อยกว่า 50%</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็ก ไม่น้อยกว่า 20%</li> <li>- ผู้ป่วยเข้าถึงยา opioids ที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สบายอย่างปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</li> <li>- ให้การดูแลทำ ACP ด้วยกระบวนการ (ร้อยละ 35)</li> <li>- มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื้องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ร้อยละ 20)</li> <li>- ผู้ป่วย Palliative Careทุกคนได้รับคำแนะนำ เรื่องการใช้กัญชา</li> </ul>	<b>รอบ 6 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการโดยรวม ไม่น้อยกว่า 60%</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็ก ไม่น้อยกว่า 30%</li> <li>- ผู้ป่วยเข้าถึงยา opioids ที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สบายอย่างปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30</li> <li>- ให้การดูแลทำ ACP ด้วยกระบวนการ (ร้อยละ 40)</li> <li>- มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื้องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ร้อยละ 30)</li> <li>- ผู้ป่วย Palliative Careทุกคนได้รับคำแนะนำ เรื่องการใช้กัญชา</li> </ul>	<b>รอบ 9 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการโดยรวม ไม่น้อยกว่า 70%</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็ก ไม่น้อยกว่า 40%</li> <li>- ผู้ป่วยเข้าถึงยา opioids ที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สบายอย่างปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40</li> <li>- ให้การดูแลทำ ACP ด้วยกระบวนการ (ร้อยละ 45)</li> <li>- มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื้องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ร้อยละ 40)</li> <li>- ผู้ป่วย Palliative Careทุกคนได้รับคำแนะนำ เรื่องการใช้กัญชา</li> </ul>	<b>รอบ 12 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการโดยรวม ไม่น้อยกว่า 80%</li> <li>- อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเด็ก ไม่น้อยกว่า 50%</li> <li>- ผู้ป่วยเข้าถึงยา opioids ที่ใช้ในการจัดการอาการปวด/อาการไม่สบายอย่างปลอดภัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50</li> <li>- ให้การดูแลทำ ACP ด้วยกระบวนการ (ร้อยละ 55)</li> <li>- มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื้องที่บ้าน และบันทึกรหัส การเยี่ยมบ้าน (1AXXX) ในเวชระเบียน (HIS) ส่งเข้า HDC ในแฟ้ม community service และบันทึกในระบบ E-claim (ร้อยละ 50)</li> <li>- ผู้ป่วย Palliative Careทุกคนได้รับคำแนะนำ เรื่องการใช้กัญชา</li> </ul>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด											
ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง											
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (J44) ตามรหัสโรค ICD-10 โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป การกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง การกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และจำเป็นต้องได้รับยากกลุ่ม systemic corticosteroid (Dexamethasone, hydrocortisone, Prednisolone) และหรือยาปฏิชีวนะตามรหัสโรค ICD-10 J44.0, J44.1 โดยนับเฉพาะผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป											
เกณฑ์เป้าหมาย :	ไม่เกิน 110 ครั้ง/ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง											
วัตถุประสงค์	ประเมินประสิทธิผล (Effectiveness) ของการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการป้องกันการกำเริบเฉียบพลัน											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	HDC											
แหล่งข้อมูล	HDC											
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และได้รับยากกลุ่ม systemic และหรือยาปฏิชีวนะ โดยนับเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J44.0, J44.1) หน่วยเป็นครั้ง											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J440 - J449) หน่วยเป็นคน											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$											
ระยะเวลาประเมินผล	1) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานทุก 3 เดือน ตามไตรมาส ประมวลผลทุก 1 ปี 2) การนิเทศติดตามการดำเนินงาน 2 ครั้ง/ปี พร้อมการตรวจราชการ/ กระทบวง											
เกณฑ์การประเมิน	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td> <td>รอบ 6 เดือน</td> <td>รอบ 9 เดือน</td> <td>รอบ 12 เดือน</td> </tr> <tr> <td>รอยละ 25</td> <td>รอยละ 50</td> <td>รอยละ 75</td> <td>รอยละ 110</td> </tr> </table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	รอยละ 25	รอยละ 50	รอยละ 75	รอยละ 110
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
รอยละ 25	รอยละ 50	รอยละ 75	รอยละ 110									



<b>วิธีการประเมินผล :</b>	การประเมิน 6 กิจกรรม คือ 1. ผู้ป่วย COPD รายใหม่ได้รับการวินิจฉัยโดย Spirometry 90% 2. ผู้ป่วย COPD รับประทาน ICS/LABA,LAMA $\geq$ 90 % ตามข้อบ่งชี้ (โดยเก็บข้อมูลในผู้ป่วย กลุ่ม B ขึ้นไป เก็บข้อมูล ณ ปัจจุบัน และประเมินในทุก visit) 3. COPD Assessment Test (CAT) < 10 คะแนน > 90% 4. ผู้ป่วย COPD รับประทาน vaccine ไข้หวัดใหญ่ $\geq$ 90 % 5. การให้บริการคลินิก COPD คุณภาพครบวงจร - ประเมิน CAT score หรือ mMRC ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ - การสอนวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง - การให้สูขศึกษาและโภชนาการ - การฟื้นฟูสภาพปอดและการออกกำลังกาย 6. การคัดกรองผู้ที่สูบบุหรี่ > 10 pack/year ได้รับการตรวจ Spirometry ตามเป้าหมาย				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565 				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ.</b>		
			<b>2562</b>	<b>2563</b>	<b>2564</b>
	155.41	ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	186.86	175.53	158.19
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายวีริยุทธ โฆษิตสกุลชัย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์				
<b>หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล</b>	งานสารสนเทศและเทคโนโลยี กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : supervision.dms@gmail.com				

<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงาน ผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>1. ว่าที่ร้อยตรีทวิศักดิ์ จินต์จิระนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740</p> <p>2. นางวัลย์ลิดา เชียงโยธากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลครพิงค์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-5399-9200 โทรสาร :0-5399-9221</p>
---	---

## โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease : COPD)

นโยบาย	ผู้ป่วย COPD สภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี		เป้าหมาย	ลดอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 30 % จากปี 2565				
ตัวชี้วัด	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่เกิน 110 ครั้ง/ 100 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง							
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	มาตรการ 1 ผู้ป่วย COPD รายใหม่ ได้รับการวินิจฉัย โดย Spirometry 90%	มาตรการ 2 ผู้ป่วย COPD ได้รับยา ICS/LABA,LAMA ≥ 90 % ตามข้อบ่งชี้	มาตรการ 3 COPD Assessment Test (CAT) < 10 คะแนน > 90%	มาตรการ 4 ผู้ป่วย COPD ได้รับ vaccine ใช้หวัดใหญ่ ≥ 90 %	มาตรการ 5 การให้บริการคลินิก COPD คุณภาพ ครบวงจร	มาตรการ 6 การคัดกรองผู้ที่สูบบุหรี่ > 10 pack/year ได้รับการตรวจ Spirometry ตามเป้าหมาย		
กิจกรรมหลัก	ผู้ป่วยรายใหม่ต้องได้รับการวินิจฉัยโดย Spirometry ทุกราย	ผู้ป่วย COPD กลุ่ม A B C D ได้รับยา ICS/LABA,LAMA ตาม Guide line ที่กำหนด	ผู้ป่วย COPD ที่มารับการรักษาต้องได้รับการประเมินทุกครั้ง	ผู้ป่วย COPD ได้รับ ฉีดวัคซีนเป็นลำดับต้นๆ ให้ครอบคลุม	- ประเมิน CAT score หรือ mMRC ทุกครั้ง - การสอนวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง - การให้สูขศึกษาและโภชนาการ - การฟื้นฟูสภาพปอดและการออกกำลังกาย	ผู้ที่สูบบุหรี่ > 10 pack/year ได้รับการตรวจ Spirometry ตามเป้าหมาย 100 %		
ระดับความสำเร็จ	รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานฯ ประจำปี</li> <li>จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติและระบบส่งต่อ</li> <li>จัดทำระบบข้อมูล Smart ncd ใหม่ โดยให้แต่ละโรงพยาบาลกรอกข้อมูลตามโปรแกรมของแต่ละโรงพยาบาลเท่านั้น</li> <li>ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่ 1 – 3 ร้อยละ 90 ของไตรมาสที่ 1 และมาตรการที่ 5</li> <li>ให้ทำ spirometry 5 % ในผู้ป่วย COPD รายเก่า</li> <li>ลงข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนและถูกต้อง</li> <li>จัดประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่ 1 – 3 ร้อยละ 90 ของไตรมาสที่ 2 และมาตรการที่ 5</li> <li>ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่ 6 ให้ได้ร้อยละ 60</li> <li>ผู้ป่วย COPD ลงทะเบียนรับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่</li> <li>อัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป &lt; 50 ครั้งต่อ 100 ของผู้ป่วย</li> <li>ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีประวัติ exacerbation จำนวน 2-3 ครั้งใน 1 ปี ทุกราย</li> <li>ให้ทำ spirometry 5 % ในผู้ป่วย COPD รายเก่า</li> <li>ลงข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนและถูกต้อง</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่ 1 – 3 ร้อยละ 90 ของไตรมาสที่ 3 และมาตรการที่ 5</li> <li>ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่ 6 ให้ได้ร้อยละ 100</li> <li>ผู้ป่วย COPD ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ &gt; 60%</li> <li>อัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป &lt; 75 ครั้งต่อ 100 ของผู้ป่วย</li> <li>ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีประวัติ exacerbation ทุกปีต่อเนื่อง 2-3 ปีที่ผ่านมาทุกราย</li> <li>ให้ทำ spirometry 5 % ในผู้ป่วย COPD รายเก่า</li> <li>ลงข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนและถูกต้อง</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>ดำเนินกิจกรรมตามมาตรการที่ 1 – 3 ร้อยละ 90 ของไตรมาสที่ 4 และมาตรการที่ 5</li> <li>ผู้ป่วย COPD ได้ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ &gt; 90 %</li> <li>อัตราการกำเริบเฉียบพลันต่อร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป &lt; 100 ครั้งต่อ 100 ของผู้ป่วย</li> <li>ให้ทำ spirometry 5 % ในผู้ป่วย COPD รายเก่า</li> <li>ลงข้อมูลการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วนและถูกต้อง</li> </ol>	

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15. โครงการการบริหารลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
คำนิยาม	<p><b>การบริหารลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC)</b> หมายถึง การบริหารลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลางในรพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)</p> <p><b>*ผู้ป่วย Intermediate care</b> หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index &lt;15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥15 with multiple impairments</p> <p><b>Intermediate ward</b> คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1</p> <p><b>Intermediate bed</b> คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)</p> <p><b>การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ</b> หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่างๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ</p>

**หมายเหตุ:**

1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา
2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวง สาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ
3. ควรใช้ Barthel ADL index รายงานผลเพิ่มเติม เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริหารพื้นที่สภาวะระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภัยอันตราย ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภัยอันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
-	Fragility hip fracture	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
-	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fragility hip fracture ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน</li> <li>2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย</li> <li>4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน</li> <li>5. ลดความแออัด รพช. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.</li> </ol>			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำ ทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด</li> <li>2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility hip fracture)</li> </ol>			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้รับผิดชอบงาน IMCของแต่ละโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทุกแห่งตามตารางการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่จังหวัดกำหนด			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการปรับสภาพพระยะกลาง* และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ของโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทุกแห่ง ยกเว้น รพ.แม่ต๋อน			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบปรับสภาพพระยะกลาง ของโรงพยาบาลทุกระดับในสังกัดในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ทุกแห่ง ยกเว้น รพ.แม่ต๋อน			
<b>หมายเหตุ</b>	<u>คำชี้แจงการลงข้อมูลตัวชี้วัด</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเข้ารับบริการการปรับสภาพพระยะกลางทั้งในรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และเยี่ยมบ้าน หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง</li> <li>2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูฯ นับรวมผู้ป่วยที่เข้าระบบทั้งหมดในช่วงเวลานับย้อนหลัง ตามไตรมาส ตั้งแต่ กันยายน 2565 - ตุลาคม 2566</li> <li>3. ผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างการดูแลและติดตามนับรวมในการเก็บข้อมูล</li> <li>4. ควรใช้ Barthel ADL index เพื่อวัดผลลัพธ์การดำเนินการ</li> </ol>			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(A/B) \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	รายงานเป็นรายไตรมาส			

เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2566:					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
-		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	
รอบ 12 เดือน		มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75			
วิธีการประเมินผล :	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากผู้รับผิดชอบงาน IMC ของโรงพยาบาล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (2 ปีย้อนหลัง)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	70.69	ร้อยละ	2563	2564	2565
			NA	54.86	86.52
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางทิพมาศ ไชยชนะ โทรศัพท์มือถือ : 08 1951 1202 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : mas.b.2007@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางทิพมาศ ไชยชนะ โทรศัพท์มือถือ : 08 1951 1202 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : mas.b.2007@hotmail.com				

ภาคผนวก รายละเอียดตัวชี้วัด การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care : IMC)

ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F

โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ.....

ประเมินเฉพาะ Intermediate bed หรือ ward เพียงอย่างเดียวหนึ่งตามที่ รพ.ได้กำหนด โดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับกรดำเนินการ

ประเด็น	<input type="checkbox"/> Intermediate bed	<input type="checkbox"/> Intermediate ward	ผ่าน <sup>1</sup>	ไม่ผ่าน
1. จำนวนและลักษณะเตียง	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีอย่างน้อย 2 เตียง</li> <li>○ เตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้)หนึ่งเตียง และเตียงเตี้ยหนึ่งเตียง</li> <li>○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 1 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีอย่างน้อย 6 เตียง</li> <li>○ มีเตียงสูง (หรือเตียงที่ปรับระดับได้) และเตียงเตี้ย อย่างละครึ่ง</li> <li>○ มีช่องว่างระหว่างเตียง อย่างน้อย 1.5 เมตร (อย่างน้อย 2 เตียง) เพื่อใช้วีลแชร์ได้สะดวก</li> </ul>		
2. ห้องน้ำในห้องผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในห้องผู้ป่วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในห้องผู้ป่วย</li> </ul>		
3. บุคลากรขั้นต่ำ	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ แพทย์</li> <li>○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 3 - 5 วัน)</li> <li>○ นักกายภาพบำบัด</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ แพทย์</li> <li>○ พยาบาล (ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ 4 เดือน หรือสาขาการพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง)</li> <li>○ นักกายภาพบำบัด</li> <li>○ นักกิจกรรมบำบัด (ควรมี)</li> <li>○ นักจิตวิทยา หรือพยาบาลจิตเวช (ควรมี)</li> </ul>		
4. แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Problem list &amp; plan</li> <li>○ Team meeting report (1 ครั้ง/สัปดาห์)</li> <li>○ Standing doctor order sheet</li> <li>○ Activities protocol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Problem list &amp; plan</li> <li>○ Team meeting report with goal setting</li> <li>○ Standing doctor order sheet</li> <li>○ Activities protocol (รวมเวลาการฟื้นฟู อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์)</li> </ul>		
5. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก (OPD protocol)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physical therapy อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> <li>○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Physical therapy อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> <li>○ Occupational therapy (ถ้ามี) อย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง จำนวนอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> <li>○ Nursing care อย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> </ul>		
6. มีการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Home care & therapy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ เยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน หรือเยี่ยมผ่านระบบบริการแพทย์ทางไกลโดยสหสาขาวิชาชีพ (Telehealth หรือ Telemedicine) ในช่วง 6 เดือนแรกหลังเกิดโรค/บาดเจ็บ หรือยุติก่อนหาก BI = 20</li> </ul>		
7. ยาและเวชภัณฑ์ (Medication and Medicament) <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen (บัณูซี ข)</li> <li>○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema</li> <li>○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ยาลดเกร็ง เช่น Baclofen, Tizanidine (บัณูซี ข)</li> <li>○ ยาสวนอุจจาระ เช่น unison enema</li> <li>○ สายสวนปัสสาวะ เช่น Foley catheter, set silicone catheter</li> </ul>		





ภาคผนวก 2 IPD care protocol

ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities

Problem list & Plan for Intermediate Care (สหวิชาชีพ)		ชื่อ.....ตึก..... HN..... AN.....		
รพ. ....				
<b>Diagnosis</b> <input type="checkbox"/> Stroke..... <input type="checkbox"/> Traumatic Brain Injury..... <input type="checkbox"/> SCI.....		<b>Underlying disease</b> • ..... • ..... • .....		
Problem list วันที่.....	Plan of management			
	แพทย์	พยาบาลวิชาชีพ	นักกายภาพบำบัด	นักกิจกรรมบำบัด
<input type="checkbox"/> Hemiplegia <input type="checkbox"/> Quadriplegia <input type="checkbox"/> Paraplegia	<input type="checkbox"/> ตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ <input type="checkbox"/> ตั้งเป้าหมาย (Goal setting) <input type="checkbox"/> วางแผนการให้บริการ <input type="checkbox"/> Gait aids: เครื่องช่วยเดิน <input type="checkbox"/> Wheelchair	<input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate <input type="checkbox"/> กระตุ้นญาติ/ ผู้ดูแล เพื่อให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> ประสานเตรียมปรับสภาพบ้าน	<input type="checkbox"/> Exercise training <input type="checkbox"/> Functional training <input type="checkbox"/> Bilateral movement training <input type="checkbox"/> Transfer training <input type="checkbox"/> Ambulation training <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ADL evaluation and training <input type="checkbox"/> Hand function training <input type="checkbox"/> ประเมินการปรับสภาพบ้าน <input type="checkbox"/> Home program <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....
<input type="checkbox"/> Postural hypotension	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย <input type="checkbox"/> Check CBC/ correct anemia	<input type="checkbox"/> Elastic bandage ที่ขา <input type="checkbox"/> Abdominal binder <input type="checkbox"/> ปรับรับหัวเตียงสูงอย่างสม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> Check BP ก่อนยกหัวสูง <input type="checkbox"/> Tilt table <input type="checkbox"/> reclining wheelchair	<input type="checkbox"/> ใช้ reclining wheelchair ขณะฝึก
<input type="checkbox"/> Spasticity <input type="checkbox"/> Contracture	<input type="checkbox"/> ประเมิน ROM <input type="checkbox"/> ยาลดเกร็ง (เช่น Baclofen) <input type="checkbox"/> Plastic AFO	<input type="checkbox"/> จัดทำแผนเพื่อป้องกันภาวะข้อยึดติด	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Physical modality	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Stretching exercise <input type="checkbox"/> Orthosis
<input type="checkbox"/> Shoulder subluxation <input type="checkbox"/> Shoulder hand syndrome	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Prednisolone (for shoulder hand syndrome)	<input type="checkbox"/> จัดทำแผน ท่างั่ง อย่างถูกต้อง <input type="checkbox"/> หลีกเลี่ยงการดึง กัดทับแขน <input type="checkbox"/> เคลื่อนย้ายตัวอย่างถูกต้อง	<input type="checkbox"/> ROM exercise <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning	<input type="checkbox"/> Shoulder sling <input type="checkbox"/> Strengthening exercise shoulder <input type="checkbox"/> Positioning
<input type="checkbox"/> Neuropathic pain	<input type="checkbox"/> วินิจฉัยและประเมินความรุนแรง <input type="checkbox"/> Neuropathic drug	<input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> TENS <input type="checkbox"/> Patient education	<input type="checkbox"/> Diversional activities <input type="checkbox"/> Patient education
<input type="checkbox"/> Dysphagia	<input type="checkbox"/> พิจารณา on หรือ off NG-tube หรือ NG+oral ตามผลประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ประเมินสภาวะโภชนาการ	<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ดูแลความสะอาดช่องปาก <input type="checkbox"/> จัดท่า/ป้องกันการสำลัก <input type="checkbox"/> ยกศีรษะสูงอย่างน้อย 30 องศาขณะทานอาหาร		<input type="checkbox"/> ประเมินการกลืน <input type="checkbox"/> ผิกลิ้น <input type="checkbox"/> ผิกลิ้นการแปร่ง/ ดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก
<input type="checkbox"/> Aphasia <input type="checkbox"/> Dysarthria	<input type="checkbox"/> จำแนกประเภทของ aphasia motor/ sensory/ global	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ฝึกภาษาและการพูดเบื้องต้น	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้คำแนะนำทางการสื่อสารเบื้องต้น <input type="checkbox"/> ใช้อุปกรณ์หรือสื่อช่วยในการสื่อสาร
<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> ประเมินและให้การวินิจฉัย	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม	<input type="checkbox"/> กระตุ้นการรับรู้และใช้งานซีกอ่อนแรง <input type="checkbox"/> แนะนำปรับสภาพแวดล้อม
<input type="checkbox"/> Neurogenic bladder	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> RetainFoley's cath	<input type="checkbox"/> Intermittent cath <input type="checkbox"/> CIC program <input type="checkbox"/> Retain Foley's cath	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer	<input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย <input type="checkbox"/> ฝึกการใช้งานมือ
<input type="checkbox"/> Neurogenic bowel	<input type="checkbox"/> ให้อาหาร <input type="checkbox"/> Order ล้วนอุจจาระ	<input type="checkbox"/> ฝึกถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลา <input type="checkbox"/> ล้วนอุจจาระ <input type="checkbox"/> กระตุ้น ambulate	<input type="checkbox"/> Train toilet transfer <input type="checkbox"/> Active exercise <input type="checkbox"/> Ambulation	<input type="checkbox"/> Train toileting <input type="checkbox"/> ฝึกถอดและใส่เสื้อผ้า <input type="checkbox"/> ฝึกทำความสะอาดร่างกาย
<input type="checkbox"/> Pressure ulcer grade.....	<input type="checkbox"/> Debridement <input type="checkbox"/> Antibiotic <input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/> Assess risks/เลือกแผ่นรองที่เหมาะสม <input type="checkbox"/> Dressing wound <input type="checkbox"/> พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	<input type="checkbox"/> Train weight relief / shifting in bed and in wheelchair	<input type="checkbox"/> Provide proper foam seat cushion
<input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Cognitive deficits <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Hypoarousal/sleep disturb.		<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกร่างกาย <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกร่างกาย <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ	<input type="checkbox"/> กระตุ้นระดับการรู้สึกร่างกาย <input type="checkbox"/> Sensory – specific training <input type="checkbox"/> ส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้ ความคิด ความเข้าใจ
<input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....				

protocol

\*หมายเหตุ นักกิจกรรมบำบัดสามารถให้บริการโดยบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติแทน

## STANDING DOCTOR ORDER SHEET

For Intermediate Care (  Stroke,  Traumatic Brain Injury,  SCI)

Progress note	Order for one day	Order for Continuation
<p>ชื่อ.....ตีก.....</p> <p>HN..... AN.....</p> <p>วันที่เริ่มป่วยครั้งนี้.....</p> <p>Estimated LOS.....วัน (โดยเฉลี่ย 5-14 วัน)</p> <p>Premorbid status: ADL..... Ambulation.....</p> <p>ผู้ดูแลหลัก..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....</p> <p>สภาพบ้าน..... ..... .....</p>	<p>เตียง.....สิทธิผู้ป่วย.....</p> <p>วันที่.....เวลา.....</p> <p><b>ใช้สำหรับผู้ป่วยที่พ้นระยะเฉียบพลันเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ</b></p> <p><b>Admit</b></p> <p><input type="checkbox"/> Notify นักกายภาพบำบัด : ROME, strengthening exercise, bed mobility and progressive ambulation training.</p> <p><input type="checkbox"/> Notify นักกิจกรรมบำบัด : ADL training, swallowing training, hand function training, cognitive stimulation</p> <p><input type="checkbox"/> Notify นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวช ประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) เครียด (ST5) สมองเสื่อม(MMSE) และให้คำแนะนำ</p> <p><input type="checkbox"/> Notify โภชนากร (ถ้ามี) : ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค</p> <p><input type="checkbox"/> Notify แพทย์แผนไทย</p> <p><input type="checkbox"/> Notify HHC/LTC : เตรียมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และเตรียมความพร้อมของบ้าน</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>	<p>Diet.....</p> <p>Record V/S.....</p> <p><b>Medication</b> ..... ..... .....</p> <p><b>Activities for Rehab Program</b></p> <p>1. กิจกรรมทางการพยาบาลฟื้นฟู</p> <p>1.1 ป้องกันการสำลักอาหาร</p> <p>1.2 ป้องกันภาวะแผลกดทับ</p> <p>1.3 ป้องกันการพลัดตกเตียง/หกล้ม</p> <p>1.4 ดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระ</p> <p>1.5 แนะนำเรื่องฝึก ADL/Hand function</p> <p>1.6 Rehab NCM D/C plan</p> <p>2. <u>งด Program ออกกำลังกาย และแจ้งแพทย์ เมื่อ</u></p> <p>2.1 BT<math>\geq</math> 38° C</p> <p>2.2 PR &gt; 100 or &lt; 60/min</p> <p>2.3 SBP<math>\geq</math>180 or &lt;90, DBP<math>\geq</math>110 or &lt;60 mmHg</p> <p>2.4 มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจเหนื่อย ซึ่มลง สับสน มีภาวะทางสมองที่ฝึกต่อไม่ได้ ชัก แขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน อาเจียนมาก ขาบวมสงสัย DVT</p> <p>ลงชื่อแพทย์.....</p>
<p><b>Progress Note</b></p> <p>วันที่.....เวลา.....</p>		
<p>ลงชื่อแพทย์.....</p>		



### การพัฒนาาระบบบริการ Intermediate care จังหวัดเชียงใหม่

Strategy Issues	1. เข้าถึงระบบการรักษาและฟื้นฟูที่มีมาตรฐานและครอบคลุม ลดความพิการ	2. ลดแออัด ลดรอคอย ใน รพศ/พัฒนา รพช. เป็น Intermediate ward/bed		
Key result	1. ร้อยละของ รพ.ระดับ M และ F ในจังหวัดเชียงใหม่ที่ให้การบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ร้อยละ 70 2. ผู้ป่วย IMC ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพและติดตามครบ 6 เดือนหรือ BI= 20 ก่อนครบ 6 เดือน $\geq 75\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง			
Impact of Policy	กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ รพช.ทุกแห่งจัดบริการ Intermediate care เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพ เพิ่มคุณภาพชีวิต /ลดความพิการ อีกทั้งลดความแออัด ลดรอคอย ใน รพ.ขนาดใหญ่			
Key Strategy	มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบบริการ Intermediate care	มาตรการที่ 2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและผู้ดูแล	มาตรการที่ 3 พัฒนาระบบ	
Key Activity	1. พัฒนาการจัดบริการใน Intermediate bed/ward ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น 2. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพและให้มีการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเป้าหมายจนครบระยะเวลา 6 เดือน 3. สนับสนุนให้มีการบริการ Intensive care rehabilitation รพช.และในชุมชน 4. เพิ่มการเข้าถึงบริการ IMC ของโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดในจังหวัดเชียงใหม่ 5. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย IMC ให้มีการดูแลต่อเนื่อง 6. สร้างเครือข่ายบริการ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต./รพ.เอกชน/ชุมชน	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ รพช.และในชุมชน 2. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 3. อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรสหวิชาชีพในการจัดบริการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง 4. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) กระตุ้นการสร้างนวัตกรรม/ผลงานเด่น	1. พัฒนาระบบสารสนเทศที่เป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด 2. พัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลให้สามารถนำมาพัฒนาระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ	
Quick Win	<b>ไตรมาสที่ 1 ( 3 เดือน )</b> 1. จังหวัดและโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดมีการวิเคราะห์ระบบการให้บริการผู้ป่วย IMC ทุกด้านและจัดทำแผนการดำเนินการประจำปี 2. รพ.ทุกแห่งมีการเพิ่มการเข้าถึงการให้บริการและมีแนวทางการให้บริการที่ชัดเจน 3. พิจารณาข้อมูลที่เป็นของการให้บริการ IMC เชื่อมต่อโปรแกรม/Application ในการติดตามและการส่งต่อผู้ป่วย IMC	<b>ไตรมาสที่ 2 ( 6 เดือน )</b> 1. จัดวางระบบการดูแลผู้ป่วย IMC ในชุมชน 2. จัดอบรมพยาบาลและผู้ดูแลในชุมชนได้แก่ รพ.สต.และท้องถิ่น อสม.ทั้ง onsite และ online 3. บูรณาการ และใช้ Application ในการวางแผนจำหน่าย ติดตามและการส่งต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด 4. สร้างเครือข่าย รพ.เอกชน 5. เยี่ยมเสริมพลัง รพ.ลูกข่าย	<b>ไตรมาสที่ 3 ( 9 เดือน )</b> 1. ติดตามคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วย IMC ตามตัวชี้วัด 2. เยี่ยมเสริมพลัง รพ.ลูกข่าย 3. ประเมินการใช้ Application ในการวางแผนจำหน่าย ติดตามและการส่งต่อผู้ป่วยทั้งจังหวัด 4. ประเมินคุณภาพการจัดการบริการ Intermediate bed/ward	<b>ไตรมาสที่ 4 ( 12 เดือน )</b> 1. มีนวัตกรรม/ผลงานเด่น 2. ตัวชี้วัดได้ตามเป้าหมายที่กำหนด 3. ขยายเครือข่ายไปถึง รพ.เอกชนและชุมชน
ผู้รับผิดชอบ	คณะกรรมการ IMC จังหวัดเชียงใหม่ และ ผู้รับผิดชอบงาน IMC กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	27. 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><b>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต</b> หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 83	≥ ร้อยละ 86	≥ ร้อยละ 89	≥ ร้อยละ 89
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 2566 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				

ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2    ไตรมาส 3    ไตรมาส 4															
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566:																
	<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th> <th>รอบ 6 เดือน</th> <th>รอบ 9 เดือน</th> <th>รอบ 12 เดือน</th> </tr> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 80</td> </tr> </table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80							
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน													
-	ร้อยละ 40	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80													
วิธีการประเมินผล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข															
เอกสารสนับสนุน	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<p>ร้อยละการเข้าถึงระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศรียรระดับจังหวัด</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>72.84</td> <td>83.54</td> <td>83.73</td> </tr> <tr> <td>เชียงใหม่</td> <td>105.83</td> <td>124.79</td> <td>125</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ประเทศ	72.84	83.54	83.73	เชียงใหม่	105.83	124.79	125
Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
	2563	2564	2565													
ประเทศ	72.84	83.54	83.73													
เชียงใหม่	105.83	124.79	125													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพรทิภา กิจมานะทรัพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 0794 7227 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : cmcattcm@gmail.com															
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	งานสุขภาพจิต กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่															
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางพรทิภา กิจมานะทรัพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 0794 7227 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : cmcattcm@gmail.com															
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นายเกรียงไกร ยอดเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 1287 9799 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : kriang_@hotmail.com															

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	28. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 28.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 28.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในเวลา 1 ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565-วันที่ 30 กันยายน 2566) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ 1. ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที 2. ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) 3. ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูล ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน 4. ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง 5. ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและดำเนินการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ฆ่าตัวตาย 6. ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7. ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ</p>



เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	≤ 8.0 ต่อประชากรแสนคน
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85	ร้อยละ 88	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน</li> <li>2. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของมาตรการเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย</li> </ol>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p><b>เป้าหมายหลัก :</b> ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั่วจังหวัดเชียงใหม่</p> <p><b>เป้าหมายย่อย :</b> ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้วิธีการมีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ในช่วงเวลา 1 ปีงบประมาณ (วันที่ 1 เดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566)</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p><b>ตัวชี้วัดหลัก :</b> จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก 1) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506s 3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวนของแต่ละจังหวัด โดยบูรณาการ 3 ฐาน และตรวจสอบความซ้ำซ้อนข้อมูล</p> <p><b>ตัวชี้วัดย่อย :</b> จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก 1) ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506s และ 3) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) โดยบูรณาการข้อมูลจาก 3 ฐาน มีการตรวจสอบความซ้ำซ้อนของข้อมูล</p>			
แหล่งข้อมูล	<p><b>เป้าหมายหลัก :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506s</li> <li>3. รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง โดยทีมสอบสวนของจังหวัดเชียงใหม่</li> </ol> <p><b>เป้าหมายย่อย :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>2. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506s</li> </ol>			

	3. รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV)												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2566 **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส 2 ใช้ประชากรปลายปี 2565 สำหรับไตรมาส 3 และ 4 ใช้ประชากรกลางปี 2566												
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งในปีงบประมาณ												
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ 2566												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก : $(A/B) \times 100,000$ ตัวชี้วัดย่อย : $(C/D) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดหลัก : ไตรมาส 4 ตัวชี้วัดย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4												
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566 :													
	<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>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td><math>\leq 8.0</math> 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	-	-	-	$\leq 8.0$ ต่อประชากรแสนคน	-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
-	-	-	$\leq 8.0$ ต่อประชากรแสนคน										
-	ร้อยละ 50	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90										
วิธีการประเมินผล	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน												
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> <li>ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดย งานกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) (กรณีสืบชีวิต และไม่สืบชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต</li> </ol>												

<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p>	<p>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (หน่วยวัด : อัตราต่อประชากรแสนคน)</p> <table border="1" data-bbox="528 226 1442 456"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>7.37</td> <td>7.38</td> <td>7.67</td> </tr> <tr> <td>เชียงใหม่</td> <td>13.03</td> <td>12.70</td> <td>12.68</td> </tr> </tbody> </table> <p>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี</p> <table border="1" data-bbox="528 539 1442 768"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประเทศ</td> <td>96.76</td> <td>98.03</td> <td>98.46</td> </tr> <tr> <td>เชียงใหม่</td> <td>94.12</td> <td>95.27</td> <td>94.89</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ประเทศ	7.37	7.38	7.67	เชียงใหม่	13.03	12.70	12.68	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ประเทศ	96.76	98.03	98.46	เชียงใหม่	94.12	95.27	94.89
Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
	2563	2564	2565																												
ประเทศ	7.37	7.38	7.67																												
เชียงใหม่	13.03	12.70	12.68																												
Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																														
	2563	2564	2565																												
ประเทศ	96.76	98.03	98.46																												
เชียงใหม่	94.12	95.27	94.89																												
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>แพทย์หญิงจรนพรรณ นันทิทรรก ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5399 9200 ต่อ 2801 โทรศัพท์มือถือ : 08 1716 9169 E-mail : phetandproud@gmail.com</p> <p>นางสาวเอมอร ภูพันธ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5399 9200 ต่อ 2801 โทรศัพท์มือถือ : 09 5692 9518 E-mail : pp.emorn@gmail.com</p> <p>นางพรทิวา กิจมานะทรัพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 0794 7227 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : mcattcm@gmail.com</p>																														
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</p>	<p>งานสุขภาพจิต กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>																														
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางพรทิวา กิจมานะทรัพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 0794 7227 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : mcattcm@gmail.com</p>																														
<p>ผู้กำกับตัวชี้วัด</p>	<p>นายเกรียงไกร ยอดเรือน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ : 08 1287 9799 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : kriang_@hotmail.com</p>																														

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

<p><b>Key results</b></p>	<p>Kr 1 ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตายไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ เป้าหมาย <math>\geq 90\%</math>                  Kr 2 กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) ผู้ป่วยจิตเวช ติดสุรา/สารเสพติด ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย <math>\geq 90\%</math>                  Kr 3 ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการติดตามต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ เป้าหมาย <math>\geq 60\%</math></p>			
<p><b>Value chain (Key Strategy)</b></p>	<p>พัฒนาระบบข้อมูล</p>	<p>พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/ดักจับ</p>	<p>พัฒนาระบบป้องกันและการดูแลรักษา</p>	<p>พัฒนาระบบบริหารจัดการ</p>
<p><b>Key activity</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสอบสวนการฆ่าตัวตาย</li> <li>- Suicide Attempt/Death Case Conference</li> <li>- รายงานการทำร้ายตนเอง</li> <li>- รายงาน 506S</li> <li>- วิเคราะห์และคืนข้อมูล การทำร้ายตนเอง (ระบาศาวิทยา ปัจจัยเสี่ยง/กระตุ้น/ปกป้อง การเฝ้าระวัง ดำเนิน)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในกลุ่ม 3 ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) ผู้ป่วยจิตเวช ติดสุรา/สารเสพติด</li> <li>- การพัฒนาทีมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบล (27 ตำบล) → ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต</li> <li>- การป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยวิธีพุทธ (38 ตำบล) → สัญญาณเตือน</li> <li>- การเฝ้าระวัง ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพช.</li> <li>- การจัดตั้งหอผู้ป่วยใน รพท., รพศ.</li> <li>- จุดรับแจ้งเหตุ ฆ่าตัวตาย/ผู้ป่วยจิตเวช SMI-V</li> <li>- การเสริมสร้างวัคซีนใจในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (25 อำเภอ)</li> <li>- การเสริมสร้างพลังใจ (RQ)</li> <li>- พัฒนาระบบบริการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะกรรมการ Service plan สุขภาพจิต</li> <li>- คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด</li> <li>- คณะกรรมการระบบข้อมูล เพื่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย</li> </ul>
<p><b>Quick win</b></p>	<p>3 เดือน</p>	<p>6 เดือน</p>	<p>9 เดือน</p>	<p>12 เดือน</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อมูล ระบาศาวิทยาการทำร้ายตนเอง</li> <li>- มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (3 ร)</li> <li>- มีข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช SMI-V ในชุมชน</li> <li>- มีแผนงานป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ใน 12 อำเภอ (เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ติดต่อกัน 3 ปี)</li> <li>- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในกลุ่ม 3 ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) ผู้ป่วยจิตเวช ติดสุรา/สารเสพติด &gt; ร้อยละ 30</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicide Attempt/Death Case Conference</li> <li>- มีทีมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบล ใน 27 ตำบล</li> <li>- มีประชุมคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด</li> <li>- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในกลุ่ม 3 ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) ผู้ป่วยจิตเวช ติดสุรา/สารเสพติด &gt; ร้อยละ 50</li> <li>- ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการติดตามต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ &gt; ร้อยละ 30</li> <li>- จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน รพช. ทุกแห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicide Attempt/Death Case Conference</li> <li>- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ในกลุ่ม 3 ร (โรคชรา โรคเรื้อรัง ไร้คนดูแล) ผู้ป่วยจิตเวช ติดสุรา/สารเสพติด &gt; ร้อยละ 90</li> <li>- ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการติดตามต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</li> <li>- จัดตั้งหอผู้ป่วยใน รพท., รพศ. ทุกแห่ง</li> <li>- มีการซ้อมแผนผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ใช้สารเสพติด ก่อความรุนแรงในพื้นที่ 4 node ได้แก่ สันป่าตอง จอมทอง นครพิงค์ ผาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร</li> <li>- ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่ม SMI-V ได้รับการติดตามต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ มากกว่า ร้อยละ 60</li> </ul>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	32. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง 32.1 ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 32.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
คำนิยาม	<p>1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 - 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านในส่งตรวจด้วยวิธีวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี</p> <p>2. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-60 ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)</li> <li>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ <math>\geq</math> ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำ ใน 1 ปี ที่โรงพยาบาล</li> </ul> <p>3. การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอด ปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก ในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p>

## เกณฑ์เป้าหมาย

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	$\geq$ ร้อยละ 60	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 80	$\geq$ ร้อยละ 80
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70	$\geq$ ร้อยละ 70

วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สตรีกลุ่มเป้าหมายคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (อายุ 30-60 ปี)				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (C1) 2. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C2) 3. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (CP1) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP2) *การบันทึกข้อมูล การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcxs2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา				
แหล่งข้อมูล	จากโปรแกรม HPVcxs2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา, จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)				
รายการข้อมูล 1	A(C2) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก A(CP2) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy				
รายการข้อมูล 2	B(C1) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) B(CP1) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ				
สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	1. สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = $(A(C2)/ B(C1)) \times 100$ 2. ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy = $(A(CP2)/ B(CP1)) \times 100$				
ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การ ประเมิน	ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละของประชากรสตรี กลุ่มเป้าหมายได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก	-	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการ ส่องกล้อง Colposcopy	-	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 70
วิธีการ ประเมินผล	1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) (ติดตามรายไตรมาส) 3. จากโปรแกรม HPVcxs2020 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา				
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				

รายละเอียด พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		34.84	47.10	52.80
ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	ร้อยละ	-	-	-	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<b>โรงพยาบาลนครพิงค์</b> 1. แพทย์หญิงอัญชลี ชัยนวล ประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900                      โทรศัพท์มือถือ 08 1884 9927 2. นางกรรณิการ์ แจ้เจนกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900                      โทรศัพท์มือถือ 09 4830 0310 <b>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</b> นางสาวธัญพร รุ่งวิจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 0048 ต่อ 115                      โทรศัพท์มือถือ 09 1853 2923				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	32.3 ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 32.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy				
คำนิยาม	<p>1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ</p> <p>2. ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ</p> <p>3. การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรเพศชายและหญิง อายุ 50-70 ปี เป็นรายอำเภอได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง				



<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F1) 2. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F2) 3. จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ (CL1) 4. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL2) *การบันทึกข้อมูล การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A(F2) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง A(CL2) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B(F1) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี (ตามเป้าหมายรายปี) B(CL1) = จำนวนประชากร อายุ 50-70 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ			
<b>สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด</b>	1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = (A(F2)/ B(F1)) X 100 2. ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy = (A(CL2)/ B(CL1)) X 100			
<b>ระยะเวลา ประเมินผล</b>	รายไตรมาส			
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>				
<b>ปี 2566</b>	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	-	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 50
<b>วิธีการประเมินผล</b>	1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) (ติดตามรายไตรมาส)			
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์			

รายละเอียดพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง	ร้อยละ	37.71	19.55	22.68
ผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการ ส่องกล้อง Colonoscopy	7.33		10.98	4.62	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<b>โรงพยาบาลนครพิงค์</b> 1.แพทย์หญิงอัญชลี ชัยนวล ประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900 โทรศัพท์มือถือ 08 1884 9927 2.นางกรรณิการ์ แจ่มเจนกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900 โทรศัพท์มือถือ 09 4830 0310 <b>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</b> นางสาวธัญพร ร้างวิจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 0048 ต่อ 115 โทรศัพท์มือถือ 09 1853 2923				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	32.5 ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน 2 สัปดาห์ 32.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 32.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 32.8 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
คำนิยาม	<p>1. ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา หมายถึง การระบุ (อ่าน) ชนิดของชิ้นเนื้อหรือ เซลล์ (specimen) เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โดยนับระยะเวลาที่ตัด ตั้งแต่วันตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (specimen) จนถึง วันที่พยาธิแพทย์ รายงานผล (Report date) (หน่วยนับเป็นสัปดาห์) 2 สัปดาห์ หมายถึง จำนวน 14 วันเต็ม</p> <p>2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (28 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอก/มะเร็งเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษาเป็นต้น</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul> <p>3. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่เนื้องอก/มะเร็งเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ</li> </ul>

<b>คำนิยาม (ต่อ)</b>	<p><b>4. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา</b> หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (42 วัน) โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นิยามการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา</li> <li>- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)</li> <li>- ในกรณีที่ไม่มีกรตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ 2. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด</li> </ul> <p><b>หมายเหตุ</b> การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทุกโรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)</p>
----------------------	---

**เกณฑ์เป้าหมาย**

รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ≤ 2 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100
ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ≤ 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100
ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100
ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100	≥ ร้อยละ 100

**ประชากร**
**กลุ่มเป้าหมาย**

1. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด
4. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา

<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง</li> <li>2. จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ <math>\leq 2</math> สัปดาห์ (Report date)</li> <li>3. วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเก็บเซลล์ (Obtained date) และวันที่รายงานผลของพยาธิแพทย์ (Report date)</li> <li>4. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา</li> <li>5. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>6. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยมนโรคนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ</li> <li>6.2 วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา</li> <li>6.3 วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับยาเคมีวันสุดท้าย</li> <li>6.4 วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</li> </ol> </li> </ol> <b>กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ</b> 6.5 วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่น่าผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล)</li> <li>2. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</li> </ol>
<b>รายการข้อมูล 1</b>	<p>A = จำนวนผู้ป่วยที่ผลการตรวจชิ้นเนื้อหรือเซลล์ มีการรายงานผลจากพยาธิแพทย์ <math>\leq 2</math> สัปดาห์ (Report date)</p> <p>A(S) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา <math>\leq 4</math> สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A(C) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด <math>\leq 6</math> สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>A(R) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา <math>\leq 6</math> สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด</p>
<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอ่านผลชิ้นเนื้อหรือเซลล์ เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งทั้งหมดในปี</p> <p>B(S) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>B(C) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>B(R) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน</p>
<b>สูตรการคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p>(A/B) x 100</p> <p>(A(s)/ B(s)) X 100</p> <p>(A(c)/ B(c)) X 100</p>

	(A(R)/ B(R)) X 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (3 เดือน)				
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>					
	<b>ปี 2566</b>	<b>รอบ 3 เดือน</b>	<b>รอบ 6 เดือน</b>	<b>รอบ 9 เดือน</b>	<b>รอบ 12 เดือน</b>
	ระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ≤ 2 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76
	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76
	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76	≥ ร้อยละ 76
<b>วิธีการประเมินผล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ</li> <li>จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล)</li> <li>หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง</li> </ol>				
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง</li> <li>คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</li> </ol>				
<b>รายละเอียดพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2563</b>	<b>2564</b>	<b>2565</b>
	ระยะเวลาในการรอคอยผลการตรวจทางพยาธิวิทยาเพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็ง ≤ 2 สัปดาห์	ร้อยละ	94.40	100	100
	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด		86.82	84.23	89.22
	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด		90.82	81.03	89.00
ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา	81.31		79.17	76.47	

ผู้รับผิดชอบ	โรงพยาบาลนครพิงค์
การรายงาน	1.แพทย์หญิงอัญชลี ชัยนวล ประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง
ผลการ	จังหวัดเชียงใหม่
ดำเนินงาน	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900 โทรศัพท์มือถือ 08 1884 9927
	2.นางกรรณิการ์ แจ้เจนกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900 โทรศัพท์มือถือ 09 4830 0310
	<b>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</b>
	นางสาวธัญพร รุ่งวิจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 0048 ต่อ 115 โทรศัพท์มือถือ 09 1853 2923

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) ได้รับความรู้และสร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างสม่ำเสมอตามคำแนะนำและตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40-70 ปี) คนละ 1 ครั้งต่อปี				
เกณฑ์เป้าหมาย					
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570
ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Stage 3,4 ลดลง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย BSE 2. สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 40-70 ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย CBE				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และ จำนวนที่ได้รับการคัดกรอง				
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A(BSE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE A(CBE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE				
รายการข้อมูล 2	B(BSE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE B(CBE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE				



สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A(BSE)/B(BSE)) \times 100$ $(A(CBE)/ B(CBE)) \times 100$																					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																					
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>																						
	ปี 2566	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน																	
	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)	-	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80																	
	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี	-	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80																	
วิธีการประเมินผล	1. ติดตามผ่านการนิเทศตรวจราชการ 2. จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC) (ติดตามรายไตรมาส)																					
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์																					
รายละเอียดพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยตนเอง (BSE)</td> <td rowspan="2">ร้อยละ</td> <td>75.41</td> <td>73.35</td> <td>71.86</td> </tr> <tr> <td>คัดกรองมะเร็งเต้านมโดย บุคลากรสาธารณสุข (CBE)</td> <td>84.95</td> <td>82.17</td> <td>78.24</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยตนเอง (BSE)	ร้อยละ	75.41	73.35	71.86	คัดกรองมะเร็งเต้านมโดย บุคลากรสาธารณสุข (CBE)	84.95	82.17	78.24
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2563	2564	2565																		
ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ด้วยตนเอง (BSE)	ร้อยละ	75.41	73.35	71.86																		
คัดกรองมะเร็งเต้านมโดย บุคลากรสาธารณสุข (CBE)		84.95	82.17	78.24																		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<b>โรงพยาบาลนครพิงค์</b> 1. แพทย์หญิงอัญชลี ชัยนวล ประธานคณะกรรมการ Service Plan สาขา โรคมะเร็งจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900 โทรศัพท์มือถือ 08 1884 9927 2. นางกรรณิการ์ แจ้เจนกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5322 2900 โทรศัพท์มือถือ 09 4830 0310 <b>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</b> นางสาวธัญพร รุ่งวิจิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 0048 ต่อ 115 โทรศัพท์มือถือ 09 1853 2923																					

**แผนปฏิบัติการด้านสุขภาพโรคมะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2566**

<b>วิสัยทัศน์</b>	เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่เป็นศูนย์รวมแหล่งเรียนรู้และนวัตกรรม เพื่อคนเชียงใหม่สุขภาพดี ด้วยการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน			
<b>เป้าหมาย</b>	ชาวเชียงใหม่สุขภาพดี	ระบบสุขภาพที่ยั่งยืน		เจ้าหน้าที่มีความสุข
<b>พันธกิจ</b>	ส่งเสริม ป้องกัน ควบคุมโรค ภัยสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและเป็นธรรม	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการดูแล และจัดการระบบสุขภาพ	พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
<b>ประเด็นกลยุทธ์</b>	พัฒนาการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแบบบูรณาการ	พัฒนาคุณภาพและขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่	สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) มีคุณภาพและประสิทธิภาพ	พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน
<b>เป้าประสงค์</b>	1. ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการได้รับการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน เสมอภาค และต่อเนื่อง	1. ระบบข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็งสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้อย่างแท้จริง	1. บุคลากรสาธารณสุขมีสมรรถนะและมีความสุขในการทำงาน  2. หน่วยบริการมีนวัตกรรม/งานวิจัยเพื่อใช้แก้ปัญหาด้านสาธารณสุข
	2. การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพื่อลดความเสี่ยงและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น	2. ขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมะเร็งสิทธิบัตร UC รักษาได้ทุกที่และบูรณาการทุกภาคส่วน		
	3. ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน			
<b>ตัวชี้วัด</b>	1. BSE, CBE ≥ 80 %	1. colonoscopy ≥ 50 %	1. ทุกรพ.มีผู้รับผิดชอบจัดทำทะเบียนมะเร็ง	พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีสมรรถนะและมีความสุขในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อบรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัด
	2. FIT Test ≥ 10 %	2. colposcopy ≥ 70 %	2. รพ.แม่ข่ายจัดทำทะเบียนมะเร็ง ร้อยละ 100	
	3. HPV DNA Test ≥ 80 %	3. ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ภายใน 4, 6, 6 สัปดาห์ ร้อยละ 100, 100, 100 ตามลำดับ		

มาตรการ	1. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ/รณรงค์	1. พัฒนาหน่วยบริการให้มีความพร้อม	1. มีผู้รับผิดชอบหลักการจัดทำทะเบียนมะเร็งแต่ละโรงพยาบาล	1. พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็ง
	2. ส่งเสริมการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปากมดลูกและลำไส้ใหญ่ฯ	2. ผลักดัน 30 บาทรักษาทุกที่ ให้ผู้ป่วยมะเร็งรักษาได้ทุกที่โดยไม่ต้องมีใบส่งตัว	2. รพ.แม่ข่าย จัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล	
	3. เน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น	3. ประเมินผลหน่วยบริการโรคมะเร็ง		
กิจกรรมหลัก	1. การสร้างความรอบรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสถานศึกษา	1. ทบทวนทำความเข้าใจนโยบายและการดำเนินงาน	1. ประชุมคณะทำงานสารสนเทศโรคมะเร็งจังหวัดเชียงใหม่	1. training On the job แพทย์ตรวจ Ultrasound มะเร็งเต้านม
	2. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ป้องกันโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ	2. รพ.ทุกแห่งขับเคลื่อนการดำเนินงานมะเร็งรักษาได้ทุกที่ โดยร่วมมือกับเครือข่ายด้านโรคมะเร็ง	2. การพัฒนาสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	2. อบรมเครื่องมือ cancer anywhere และ update ผู้รับผิดชอบ cancer coordinator รพ.ทุกแห่ง
	3. รพ.สต.ให้ความรู้มะเร็ง 1 ครั้ง/เดือน	3. ประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขามะเร็ง จังหวัดเชียงใหม่	3. ประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันแก้ไขปัญหาภาวะอาการข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดของรพ.	3. อบรมเชิงปฏิบัติการโครงการ HPV DNA Test
	4. รพ.สต. ทำแผนขอความร่วมมือการรณรงค์ให้ความรู้และการคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ร่วมกับอปท.	4. คณะกรรมการ Service Plan ลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานมะเร็งรักษาได้ทุกที่	4. Tumor Registers จัดทำทะเบียนมะเร็ง รพ.ทุกแห่งและทุก รพ.มีผู้รับผิดชอบหลักและดำเนินการต่อเนื่อง	4. อบรมเชิงปฏิบัติการจัดทำทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล
	5. หน่วยบริการบูรณาการคัดกรองมะเร็งเต้านมร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.	5. รพข. ตรวจ U/S breast สตรีที่พบก้อนที่เต้านมหรือสงสัยมะเร็งเต้านม และส่งนัด mammogram	5. ลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานสารสนเทศโรคมะเร็ง	

กิจกรรมหลัก (ต่อ)	6. ประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม ปากมดลูกและลำไส้ใหญ่ฯ	6. รพ. ตรวจ U/S breast, Colonoscope และ Colposcope ในรายที่ผลคัดกรองผิดปกติ		
	7. รายที่ผิดปกติได้รับการ Refer ตรวจรักษาต่อทุกราย			
ระดับ ความสำเร็จ	ไตรมาส 1 (Small success)	ไตรมาส 2 (Small success)	ไตรมาส 3 (Small success)	ไตรมาส 4 (Small success)
	1. มีแผนการบูรณาการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ฯ และคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ อันดับแรก ร่วมกับ อปท.	1. รพ.มีแผนเพิ่มจำนวนร้อยละการส่งข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้าในระบบ TCB Plus	1. รพ.มีระบบการให้บริการโรคมะเร็งรักษาได้ทุกที่	1. คัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 100 ปากมดลูก ร้อยละ 100 มะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 10
	2. มีการผลิตองค์ความรู้/สื่อโรคมะเร็ง	2. มีระบบสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics) และระบบรายงานบน website เพื่อให้เขตสุขภาพใช้ในการกำกับติดตามการดำเนินงาน	2. ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ภายใน 4, 6, 6 สัปดาห์ ร้อยละ 100, 100, 100 ตามลำดับ	2. ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา ภายใน 4, 6, 6 สัปดาห์ ร้อยละ 100, 100, 100 ตามลำดับ
	3. CUP จัดหาชุดตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ	3. เผยแพร่ และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ป้องกันโรคมะเร็ง 3 อันดับแรก	3. คัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80 ปากมดลูก ร้อยละ 80 มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ร้อยละ 10	3. สัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71
	4. มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ปากมดลูกและลำไส้ใหญ่ฯ	4. การสร้างความรอบรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสถานศึกษา	4. colonoscopy $\geq$ 50 %	4. colonoscopy $\geq$ 50 %

ระดับ ความสำเร็จ (ต่อ)	ไตรมาส 1 (Small success)	ไตรมาส 2 (Small success)	ไตรมาส 3 (Small success)	ไตรมาส 4 (Small success)
	5. มีระบบ refer ผู้ป่วย	5. colonoscopy $\geq$ 50 %	5. colposcopy $\geq$ 70 %	5. colposcopy $\geq$ 70 %
	6. แพทย์ training ตรวจ Ultrasound มะเร็งเต้านมและตรวจได้ที่ รพช.ทุกแห่ง	6. colposcopy $\geq$ 70 %	6. สตรีที่เข้าร่วมกิจกรรม มูลนิธิกาญจนบารมีตรวจ คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย ตนเองทุกเดือน	6. การนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล
	7. รพ.ได้รับการทบทวน (refresh) การดำเนินงาน Cancer Anywhere และมีผู้รับผิดชอบ cancer coordinator รพ.ทุกแห่ง	7. คัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80 มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80 และ มะเร็งลำไส้ใหญ่ฯ ร้อยละ 10		
	8. สตรีที่เข้าร่วมกิจกรรมมูลนิธิกาญจนบารมี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ทุกเดือน	8. ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด และ รังสีรักษา ภายใน 4, 6, 6 สัปดาห์ ร้อยละ 100, 100, 100 ตามลำดับ		
	9. สุ่มประเมินการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรี			
	10. การนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผล			

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	14. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	36. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับ ความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113, ม.114) ของสถานพยาบาล ยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้าน ทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่ กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัด อย่างน้อย 1 ปี</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	
60 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	62 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	64 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	66 (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.113, ม.114)	68 (Retention Rate ระบบสมัครใจ ม.113, ม.114)	
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกันในสังคม ได้อย่างปกติสุข				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113, ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูล การบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต.				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู				

รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน ปี 2566:						
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		60	60	60	60	
วิธีการประเมินผล	สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่					
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
		≤40	45	50	55	≥60
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2563	2564	2565
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)		ร้อยละ (เฉลี่ย 3 ปี 53.20)	43.53	57.94	58.19
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุภาพร หน่อไชยวงศ์ งานยาเสพติด กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 09 0757 3021 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : drugcm2018@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	นางสาวสุภาพร หน่อไชยวงศ์ 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 หน่อไชยวงศ์ 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 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5321 1048-50 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08 1287 9799 โทรสาร : 0 5321 1740 E-mail : kriang_@hotmail.com					

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	41. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)				
คำนิยาม	<p>ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p><b>แนวคิดการจัดบริการ ECS</b> คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมี เป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน</p> <p>“การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือ เท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ</p> <p>2. เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษา เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ท้นเวลา ปลอดภัยและ ประทับใจ</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแพ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแพ้ม ACCIDENT 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	1. มาตรฐาน 43 แพ้มกระทรวงสาธารณสุข 2. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง		
รายการข้อมูล 1	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 50.1	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
ปี 2570:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12	< ร้อยละ 12
วิธีการประเมินผล :	<p>ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่</p> <p>ขั้นตอนที่ 2 เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล/จังหวัด</p>		

	<p>2.3 สนับสนุนงบประมาณ ครุภัณฑ์ การฝึกอบรม</p> <p><b>ขั้นตอนที่ 3 ส่วนกลาง</b></p> <p>3.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล/เขต</p> <p>3.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล</p> <p>3.3 วิเคราะห์ในระดับนโยบาย เช่น สนับสนุน คน การอบรม งบประมาณ เครื่องมือ</p>										
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. <a href="http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/">http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/</a> คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE</p> <p>2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์</p>										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.								
	-	ร้อยละ	2563	2564	2565						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="467 882 951 1106"> <p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p> </td> <td data-bbox="951 882 1461 1106"> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="467 1106 951 1330"> <p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p> </td> <td data-bbox="951 1106 1461 1330"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="467 1330 951 1496"> <p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> </td> <td data-bbox="951 1330 1461 1496"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p> </td> </tr> </table>					<p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p>	<p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p>	<p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p>
<p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p>										
<p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p>										
<p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p>										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<table border="0"> <tr> <td data-bbox="467 1496 951 1720"> <p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p> </td> <td data-bbox="951 1496 1461 1720"> <p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="467 1720 951 1944"> <p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p> </td> <td data-bbox="951 1720 1461 1944"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="467 1944 951 2112"> <p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p> </td> <td data-bbox="951 1944 1461 2112"> <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p> </td> </tr> </table>					<p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p>	<p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p>	<p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p>
<p>1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com</p>										
<p>2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 โรงพยาบาลนครพิงค์</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com</p>										
<p>3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>	<p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com</p>										

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)														
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ														
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	42. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน														
คำนิยาม	<p>ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย</p> <p>การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ</p> <p>ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</p> <p>ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 26.5</td> <td>ร้อยละ 28</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 32</td> <td>ร้อยละ 34</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 28	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 28	ร้อยละ 30	ร้อยละ 32	ร้อยละ 34											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน</li> <li>2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ol>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)</li> </ul> </li> <li>2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด ของโรงพยาบาลศูนย์และ</li> </ul> </li> </ol>														

	โรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ health KPI		
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 26.5	ร้อยละ 27	ร้อยละ 27.5	ร้อยละ 28
ปี 2567:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 28.5	ร้อยละ 29	ร้อยละ 29.5	ร้อยละ 30
ปี 2568:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 30.5	ร้อยละ 31	ร้อยละ 31.5	ร้อยละ 32
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 32.5	ร้อยละ 33	ร้อยละ 33.5	ร้อยละ 34
ปี 2570:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 34.5	ร้อยละ 35	ร้อยละ 35.5	ร้อยละ 36

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
92,580/ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งหมดที่ ER=354,516	จำนวนของผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	91,851	87,948	92,580
	จำนวนของผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมด ที่มารับบริการที่ห้อง ฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	373,487	338,487	354,516
	ร้อยละ	ร้อยละ	24.59	25.98	26.11
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200		โทรศัพท์มือถือ : 0894196161		
	โทรสาร : 0 53999221		E-mail : amornkrit33355@gmail.com		
โรงพยาบาลนครพิงค์					
2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200		โทรศัพท์มือถือ : 0819920399			
โทรสาร : 0 53999221		E-mail : addsomjai@gmail.com			
โรงพยาบาลนครพิงค์					
3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468		E-mail : n.wisut@hotmail.com			
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200		โทรศัพท์มือถือ : 0894196161		
	โทรสาร : 0 53999221		E-mail : amornkrit33355@gmail.com		
โรงพยาบาลนครพิงค์					
2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200		โทรศัพท์มือถือ : 0819920399			
โทรสาร : 0 53999221		E-mail : addsomjai@gmail.com			
โรงพยาบาลนครพิงค์					
3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468		E-mail : n.wisut@hotmail.com			
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่					

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	43. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง นับจาก ICD10 S 06.0 – 06.9 ที่ไม่สามารถทำตามคำสั่งได้ (not followed verbal command: motor score M1-M5 จาก Glasgow coma score) โดยดูอัตราการเสียชีวิต จาก discharge status ค่าเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 25			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 23	< ร้อยละ 23
				ปีงบประมาณ 70
				< ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูงและนำข้อดี ของโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตต่ำมาเผยแพร่ เป้าหมายหลักคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป (A & S)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากส่วนกลาง ดูจากฐานข้อมูล Health data center (HDC)			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล injury surveillance			
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.0- S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS และเสียชีวิต			
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (S 06.0- S06.9) ที่มี motor score M1-M5 ใน GCS ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2566:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25
ปี 2567:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
	-	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25	< ร้อยละ 25

ปี 2568:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	< ร้อยละ 23	< ร้อยละ 23	< ร้อยละ 23		
ปี 2569:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	< ร้อยละ 23	< ร้อยละ 23	< ร้อยละ 23		
ปี 2570:					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน		
-	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20	<ร้อยละ 20		
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลจากฐานข้อมูล HDC และมีการเยี่ยมพื้นที่ โดยราชวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย				
เอกสารสนับสนุน	1. ข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยtraumatic brain injury โรงพยาบาลพุทธชินราช 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักงานทิศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละ	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นพ. อมรชัย กริชนิกรกุล โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 2. นางสาว สมใจ ดิษฐขำ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053999200 โทรสาร : 0 53999221 3. นางนฤมล วิสุทธิ์ธนานนท์ สนง.สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทรศัพท์มือถือ : 088-2609468		นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0894196161 E-mail : amornkrit33355@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนครพิงค์ โทรศัพท์มือถือ : 0819920399 E-mail : addsomjai@gmail.com พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : n.wisut@hotmail.com		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ
คำนิยาม	<p>ภัยสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณสุขที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายถึง เกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงาน ตามปกติของบุคคล</p> <p><b>ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข(Public Health Emergency Operations Center: PHEOC)</b> หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงาน ร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยความสะดวก ประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากร ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน นอกเหนือ จากนี้ยังหมายถึง ห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน รวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย</p> <p><b>All Hazards Plan (AHP)</b> หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนอง ต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม และนำไปใช้ในการจัดการ ภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ</p> <p><b>Hazard Specific Plan (HSP)</b> หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้ สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และ สาธารณสุขเช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือ โรคเมอร์ส โควิด-19 แผนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น</p> <p><b>Incident Action Plan (IAP)</b> หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะที่เกิดเหตุการณ์ ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธี การปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p>
กลุ่มเป้าหมาย	วัดผลงานระดับอำเภอ หรือ CUP 25 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ โดยผู้มีส่วนร่วม ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน
หน่วยงานที่ดำเนินการ	ระดับอำเภอ: ดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นที่ 1-5 โดยผ่านระดับความสำเร็จขั้นที่ 5 ระดับจังหวัด: ผ่านการประเมินสมรรถนะระดับจังหวัดในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด



<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</li> <li>2. เพื่อพัฒนาศักยภาพ และสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกัน และควบคุมโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</li> <li>3. เพื่อเตรียมความพร้อมระบบบัญชาการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอ และจังหวัด</li> </ol>														
<b>รายละเอียดตัวชี้วัด</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="475 432 965 481">Baseline Data</th> <th data-bbox="973 432 1125 481">หน่วยวัด</th> <th data-bbox="1133 432 1444 481">ผลการดำเนินงานปีก่อน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="475 488 965 649">1. อำเภอ/CUP มีการประเมินความเสี่ยง การเกิดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรค</td> <td data-bbox="973 488 1125 649">มี/ไม่มี</td> <td data-bbox="1133 488 1444 649">ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 656 965 817">2. อำเภอ/CUP มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ของทีม SAT, JIT, CDCU และสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย</td> <td data-bbox="973 656 1125 817">มี/ไม่มี</td> <td data-bbox="1133 656 1444 817">ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป</td> </tr> <tr> <td data-bbox="475 824 965 1041">3. อำเภอ/CUP ที่มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง และดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอน</td> <td data-bbox="973 824 1125 1041">มี/ไม่มี</td> <td data-bbox="1133 824 1444 1041">ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีก่อน	1. อำเภอ/CUP มีการประเมินความเสี่ยง การเกิดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรค	มี/ไม่มี	ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป	2. อำเภอ/CUP มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ของทีม SAT, JIT, CDCU และสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	มี/ไม่มี	ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป	3. อำเภอ/CUP ที่มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง และดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอน	มี/ไม่มี	ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป		
Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีก่อน													
1. อำเภอ/CUP มีการประเมินความเสี่ยง การเกิดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรค	มี/ไม่มี	ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป													
2. อำเภอ/CUP มีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ของทีม SAT, JIT, CDCU และสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย	มี/ไม่มี	ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป													
3. อำเภอ/CUP ที่มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง และดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอน	มี/ไม่มี	ไม่มี เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่กำหนดการวัดปีต่อไป													
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ หรือระดับ CUP ในการนิเทศติดตามระดับอำเภอครั้งที่ 2														
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลจากผลการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรค/ภัยสุขภาพ</li> <li>2. รายงานการประชุมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PHEOC) ระดับอำเภอ</li> <li>3. รายงาน หรือสรุปผลการถอดบทเรียน การสอบสวนการระบาดของโรค/ภัยสุขภาพ หรือตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข/ สรุปถอดบทเรียนการซ้อมแผนด้านโรค และภัยสุขภาพ ในระดับพื้นที่</li> <li>4. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (EOC) และทีม SAT ระดับอำเภอ</li> <li>5. สถานที่/อุปกรณ์ สำหรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (PHEOC) ระดับอำเภอ</li> <li>6. การอบรม และรายชื่อทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) หรือ ทีม CDCU</li> <li>7. รายงานประเมินสถานการณ์โรค/ภัยสุขภาพ/Spot report และผลการสอบสวนโรค/ภัย (Outbreak verification list)</li> <li>8. แผน All Hazards Plan (AHP) หรือแผน Hazard Specific Plan (HSP)</li> </ol>														
<b>1. สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<b>ระดับอำเภอ:</b> ไม่มีสูตรคำนวณ พิจารณาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ 5 ขั้นตอน <b>ระดับจังหวัด:</b> ร้อยละของอำเภอ/CUP ที่มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ตาม 5 ขั้นตอน คำนวณจากสูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$														

รายการข้อมูล 1	A = จำนวน อำเภอ/CUPที่มีการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และ ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ตาม 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน อำเภอ/CUPทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 (ตุลาคม 65 – ธันวาคม 65)      ไตรมาส 2 (มกราคม 66 – มีนาคม 66) ไตรมาส 3 (เมษายน 66 – มิถุนายน 66)      ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 66 – สิงหาคม 66)
วิธีการประเมิน	อำเภอ/CUP ทุกแห่ง สามารถดำเนินการตามกระบวนการขั้นที่ 1-5 ไปพร้อม ๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มปีงบประมาณ หรือแบ่งการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส ดังนี้ ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 ได้ ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 3 และ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2566

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3 และ 4	ขั้นตอนที่ 5
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	
1	มีการปรับปรุงโครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอให้เป็นปัจจุบัน และมีแผนการอบรมพัฒนาศักยภาพทีม SAT, JIT หรือ CDCU	<ol style="list-style-type: none"> <li>ผังโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการระดับอำเภอ (ICS)</li> <li>คำสั่งแต่งตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขและคณะทำงานตามระบบบัญชาการ เหตุการณ์</li> <li>แผนการพัฒนาศักยภาพทีม SAT, JIT หรือ CDCU</li> </ol>	
2	จัดทำทำเนียบทีม SAT, JIT หรือ CDCU และมีหลักฐานผ่านการพัฒนาศักยภาพรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งแล้ว ในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี และบุคลากรมีความรู้ เรื่อง การประเมินความเสี่ยงและจัดทำ แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของเหตุการณ์ สำคัญ	<ol style="list-style-type: none"> <li>ทำเนียบรายชื่อทีม SAT, JIT หรือ CDCU</li> <li>หลักฐานการผ่านการพัฒนาศักยภาพภายในระยะเวลา ไม่เกิน 2 ปี</li> <li>รายชื่อของผู้เข้ารับการอบรมเรื่อง การประเมินความเสี่ยง และการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดจัดอบรม</li> </ol>	
3	มีการจัดทำสรุปวิเคราะห์ความเสี่ยงภัย สำคัญในพื้นที่	แบบสรุปการวิเคราะห์ความเสี่ยงภัยสำคัญของอำเภอ	
4	จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (All Hazard Plan (AHP) หรือ Hazard Specific Plan: HSP) ของเหตุการณ์ สำคัญ	แผน All Hazard Plan หรือ Hazard Specific Plan ของภัยสำคัญในพื้นที่ตามข้อ 3 อย่างน้อย 1 ภัย	



<b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับ จังหวัด)</b>	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b>	1. นายเกตส์อิสราย ภัยภิลัย โทรศัพท์ 053-211048-50 ต่อ 110,111 โทรสาร 053-211740 2. นายทศพล จีโน โทรศัพท์ 053-211048-50 ต่อ 110,111 โทรสาร : 053-211740	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ มือถือ 081-0308457 E-mail: hootho@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ มือถือ 091-8475205 E-mail: Aun.jeno@gmail.com

หลักปฏิบัติในการทำงาน : ทำทันที, ทำต่อเนื่อง, ทำและพัฒนา

## โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ

นโยบาย ก.สธ.	ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉิน (พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ) - สามารถตรวจจับการระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา -ไม่เกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำในวงกว้าง			
Big Rock	Big Rock1: การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ (EID)			
ตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> <li>จังหวัดมีการจัดการภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ (มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง และมีแผนเผชิญเหตุ)</li> <li>ร้อยละ 85 ของอำเภอมีการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ (มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง และมีแผนเผชิญเหตุ)</li> </ol>			
ยุทธศาสตร์ / มาตรการ	<b>มาตรการที่ 1: พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</b>	<b>มาตรการที่ 2: พัฒนาศักยภาพและสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่</b>	<b>มาตรการที่ 3: การซ้อมแผนตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับอำเภอ/จังหวัด</b>	
กิจกรรมหลัก	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</li> <li>พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ</li> <li>พัฒนาศักยภาพทีมอำเภอในการประเมินความเสี่ยง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อบรมพัฒนาศักยภาพทีม SAT, JIT, CDCU</li> <li>นิเทศติดตามโครงสร้างระบบ ICS และความร่วมมือภาคีเครือข่าย</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ติดตามการซ้อมแผนการจัดการโรคอุบัติใหม่ฯ ภัยพิบัติอื่น ๆ</li> <li>จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Hazard Specific Plan: HSP) ของเหตุการณ์สำคัญ</li> </ol>	
ระดับความสำเร็จ	<b>รอบ 3 เดือน</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาศักยภาพทีมอำเภอในการประเมินความเสี่ยง</li> <li>ประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยงโรคอุบัติใหม่/ซ้ำ, ภัยพิบัติอื่น ๆ</li> <li>พัฒนาศักยภาพทีม SAT, JIT, CDCU</li> </ol>	<b>รอบ 6 เดือน</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>นิเทศติดตามโครงสร้างระบบ ICS อำเภอ</li> <li>ติดตามประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคอำเภอ และความร่วมมือภาคีเครือข่าย</li> </ol>	<b>รอบ 9 เดือน</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>ติดตามการซ้อมแผนการจัดการโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ และภัยพิบัติอื่น ๆ</li> <li>ติดตามและเสนอแนะการจัดทำแผนเผชิญเหตุของอำเภอ</li> </ol>	<b>รอบ 12 เดือน</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>จังหวัดมีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของเหตุการณ์สำคัญในจังหวัด (อำเภอร้อยละ 60 มีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน)</li> <li>อำเภอมีแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของเหตุการณ์สำคัญในพื้นที่</li> </ol>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การดำเนินงานตามแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงलय ปีงบประมาณ 2566 ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
โครงการที่	เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงलय
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	<p>ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงलय (ใช้เลือดออก/ช็อคชุนกุนยา/ช็อค) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดย่อย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 15 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี</li> <li>อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 0.10</li> <li>จำนวนผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงलयลดลง ร้อยละ 50 จากปีงบประมาณ 2565</li> <li>ร้อยละ 100 ของหญิงตั้งครรภ์ในหมู่บ้านที่มีรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสซิกา ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสซิกา</li> <li>ร้อยละ 80 ของอำเภอเสี่ยงสูงมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงलयได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</li> </ol>
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>แผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก หมายถึง แนวทางในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกเมื่อพื้นที่เข้าเกณฑ์เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) โดยต้องประกอบด้วยคำสั่งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน บทบาทหน้าที่ และแนวทางการดำเนินงานของกลไกภารกิจที่สำคัญ ได้แก่ ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ทรชนกรู้สถานการณ์ ยุทธศาสตร์ ปฏิบัติการ สื่อสารความเสี่ยง ดูแลรักษาผู้ป่วย และสำรองเวชภัณฑ์</li> <li>การวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก และโรคไข้ปวดข้อยุงलय การวิเคราะห์ข้อมูลของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้ปวดข้อยุงलय ซึ่งควรมีข้อมูล 5 ด้าน หรือด้านที่จำเป็นอย่างน้อย 2 ใน 5 ด้าน ที่เพียงพอต่อการวางแผนการดำเนินงาน กำหนดมาตรการ หรือประเมินผลของการดำเนินงาน โดยข้อมูล 5 ด้าน ประกอบด้วย ด้านปัจจัยต้นเหตุ (determinants) ด้านพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral Risk) ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค (Program Response) ด้านการติดเชื้อ การป่วย การตาย การพิการ (Infection/Morbidity/Mortality/Disability) และด้านเหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด (Abnormal Event) <ol style="list-style-type: none"> <li>ด้านปัจจัยต้นเหตุ) Determinant (หมายถึง ต้นเหตุของปัญหา หากไม่มีต้นเหตุของปัญหาตัวนี้แล้ว โรคหรือภัยสุขภาพนั้นจะไม่สามารถดำเนินวงจรชีวิตและก่อให้เกิดโรคได้ ปัจจัยต้นเหตุ แบ่งออกเป็น <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพ) Biological Determinant (ได้แก่ เชื้อโรค เช่น ซีโรไทป์ไวรัสเดงกี (dengue serotype) สายพันธุ์ของไวรัสช็อคชุนกุนยา และพาหะนำโรค เช่น ความหนาแน่นของยุงตัวเต็มวัยและลูกน้ำยุงलय</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

2.1.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง) Social Determinant (ซึ่งเป็นตัวช่วยทำให้โรคเกิดการระบาดแพร่กระจายไปได้มากขึ้น เช่น แรงงานอพยพ ย้ายถิ่น ทำให้มีการระบาดของโรคต่างๆ ที่ไม่เคยมีในพื้นที่นั้นมาก่อนหน้านี้หรือโรคที่เคยหายไปแล้ว กลับมาเกิดใหม่ หรือทำให้การระบาดแพร่ขยายไปในวงกว้างมากขึ้น มีผู้สัมผัสเชื้อมากขึ้น และส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น

2.2 ด้านปัจจัยเสี่ยง (Behavioral Risk) หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้คนเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่ปัจจัยตัวนี้ เช่น ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การปฏิบัติตนของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรค

2.3 ด้านการตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค Program Response หมายถึง มาตรการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เช่น การเฝ้าระวัง การควบคุมโรค การดูแลรักษา การกำจัดลูกน้ำ ยุงลาย การบังคับใช้กฎหมายในเรื่องการกำจัดลูกน้ำยุงลายและการควบคุมโรค เป็นต้น

2.4 ด้านการติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/ความพิการ

(Infection/Morbidity/Mortality/Disability) หมายถึง ผลลัพธ์ของการที่คนมีพฤติกรรมเสี่ยงและสัมผัสกับปัจจัยต้นเหตุแล้ว ร่างกายไม่สามารถกำจัดปัจจัยต้นเหตุนั้นได้ จนทำให้ร่างกายติดเชื้อ ป่วย ตาย หรือพิการ เช่น ข้อมูลจำนวนป่วย เสียชีวิต/อัตราป่วย/อัตราราย/อัตราป่วยตาย

2.5 ด้านการระบาดหรือเหตุการณ์ผิดปกติ หมายถึง การเกิดโรคและภัยสุขภาพทั้งแบบเป็นกลุ่มก้อน และแบบไม่เป็นกลุ่มก้อน) เช่น การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก/โรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่ ผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต การป่วยด้วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายในพื้นที่ที่ไม่เคยพบผู้ป่วยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

2.5.2 การเกิดเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบต่อสุขภาพของประชาชน เช่น การมีฝนตกนอกฤดูหรือมีฝนตกยาวนานมากกว่าปกติ หรือการเกิดอุทกภัย อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดต่อนำโดยยุงลายมากขึ้น เป็นต้น

3. ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ผลการสำรวจความหนาแน่นของลูกน้ำยุงลาย ในสถานที่สำคัญ 7 ร (.ได้แก่ โรงเรือน) บ้าน (โรงธรรม) ศาสนสถาน (โรงเรียน โรงพยาบาล โรงแรม โรงงาน และสถานที่ราชการ ซึ่งประกอบด้วยดัชนีที่สำคัญ คือ ร้อยละของบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย) House Index; HI) และภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (Container Index; CI) โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

- โรงเรือน HI < 5 และ
- โรงเรียน CI = 0 และ
- โรงพยาบาล CI = 0 และ
- โรงธรรม หรือ โรงแรม หรือ โรงงาน หรือ สถานที่ราชการ CI < 5

4. การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลาย

แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย หมายถึง การจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายแบบมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างเป็นทางการ เช่น การจัดกิจกรรมจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมฯ

	<p>ในชุมชน การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นต้น</p> <p><b>5. การเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูลสุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่อ</b></p> <p><b>นำโดยยุงลาย</b> หมายถึง ความสามารถของตัวบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งเลือกใช้ใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อ นำโดยยุงลายได้อย่างเหมาะสม ตามกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ</p> <p><b>เข้าถึง</b> หมายถึง การสร้างเสริมความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการสืบค้นหาข้อมูลและบริการทางสุขภาพที่ถูกต้องและสามารถตรวจสอบข้อมูลความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้</p> <p><b>เข้าใจ</b> หมายถึง การพัฒนาความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ สะท้อนได้จากการวัดระดับการจดจำ ระดับความเข้าใจ หรือระดับความยากในการจดจำและทำความเข้าใจ</p> <p><b>ประเมิน</b> หมายถึง การคัดเลือกข้อมูล พิจารณา และตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายที่ถูกต้อง</p> <p><b>ปรับใช้</b> หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจ เตือนตนเอง หรือจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p><b>บอกต่อ</b> หมายถึง การถ่ายทอดความรู้ด้านการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุงลายที่ถูกต้อง ไปสู่ผู้อื่น</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p> <p>ร้อยละ 80 ของ รพศ./รพท./รพช./สสอ .ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5</p>	
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย ตามหลักวิชาการ</li> <li>2. เพื่อขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการบูรณาการป้องกันควบคุมโรค</li> <li>3. สนับสนุนการวินิจฉัย รักษาและส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางกรมควบคุมโรค</li> </ol>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>25 อำเภอ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ และ CUP หรือ สถานบริการในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ฐานข้อมูลรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา รายงาน506</li> <li>2. แบบประเมินผลการดำเนินงานใช้เลือดออก ตามแนวทางจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน) IVM(</li> <li>3. แบบรายงานการสอบสวนโรคใช้เลือดออกเฉพาะราย และ/หรือ รายงานการสอบสวนการระบาด</li> <li>4.ทะเบียนการรับ-แจ้งโรคใช้เลือดออกของ รพ.สต .และ สสอ .หรือ เทศบาลในพื้นที่</li> <li>5. รายงานการตรวจจับการเกิดโรค รายวัน/รายสัปดาห์ ของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ</li> </ol>
<p><b>รายการข้อมูล 1</b></p>	<p>A = จำนวน รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ที่มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยยุงลาย (ใช้เลือดออก/ซิคุนงุนยา/ซิกา) ได้ 5 ขั้นตอน</p>
<p><b>รายการข้อมูล 2</b></p>	<p>B = จำนวน รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทั้งหมดที่ถูกประเมิน</p>



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	2565
	1.ร้อยละของตำบลที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	-	-	-	-
2.ร้อยละของ รพศ /. รพท /.รพช /.สสอ .ที่มีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุ้งลาย (ไข้เลือดออก /ซิกุนกุนยา/ ชิคา (ได้ 5 ขั้นตอน)	ร้อยละ	-	-	-	-	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 ตุลาคม 65 – ธันวาคม 65) ไตรมาส 2 (มกราคม 66 – มีนาคม 65) ไตรมาส 3 (เมษายน 66 – มิถุนายน 65) ไตรมาส 4 (กรกฎาคม 66 – สิงหาคม 66)					
เกณฑ์การประเมิน :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน		รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1		ขั้นตอนที่ 2 และ 3		ขั้นตอนที่ 4		ขั้นตอนที่ 5
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน				
1	มีแผนปฏิบัติการหรือแนวทางควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออก	-คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานโรคไข้เลือดออก หรือโรคติดต่อมาโดยยุ้งลายอื่นๆ อย่างเป็นหนึ่ง				
2	มีการวิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ก่อน และระหว่างฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้วัดช้อยยุ้งลาย	-รายงานผลการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ก่อนฤดูกาลระบาดของโรคไข้เลือดออกและโรคไข้วัดช้อยยุ้งลาย <u>ระดับอำเภอ</u>				
3	มีค่าดัชนีลูกน้ำยุ้งลายได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	-One page/ รายงานการสำรวจลูกน้ำยุ้งลายรายสัปดาห์ หรือ รายเดือน ประเมิน ณ เดือนมีนาคม , มิถุนายน, และสิงหาคม 2564 -สุ่มประเมินโดย สสจ.เชียงใหม่				
4	การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุ้งลาย	-One page/ รายงานที่มีภาพกิจกรรม เกี่ยวกับการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุ้งลาย				

5	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ปรับใช้ และบอกต่อข้อมูล สุขภาพด้านการป้องกันโรคติดต่อ นำโดย ยุ่งลาย	-รายงานผลประเมินความรอบรู้ของประชาชน กลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคติดต่อ นำโดยยุ่งลาย
---	---	--

#### เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	-	-	-	-	ขั้นตอนที่1
6 เดือน	-	-	ขั้นตอนที่1	ขั้นตอนที่ 2 หรือ3	ขั้นตอนที่ 2 และ3
9 เดือน	-	ขั้นตอนที่1	ขั้นตอนที่2	ขั้นตอนที่3	ขั้นตอนที่4
12 เดือน	ขั้นตอนที่1	ขั้นตอนที่2	ขั้นตอนที่3	ขั้นตอนที่4	ขั้นตอนที่5

#### เกณฑ์การให้คะแนนภาพรวมจังหวัด

คะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
3 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥80 %
6 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥80 %
9 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥80 %
12 เดือน	≤ 49%	50-59%	60-69%	70-79%	≥80 %

#### เกณฑ์การประเมินภาพรวมของแต่ละหน่วยงาน

รพศ./ รพท./ รพช./ สสอ. ทุกแห่ง สามารถการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ  
นำโดยยุ่งลาย (ไข้เลือดออก/ชิคุนกุนยา/ ชิคา)  
ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้ในขั้นตอนที่ 1-5 และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5

#### การสรุปผลรวมในภาพจังหวัด

ร้อยละของจำนวน รพศ /รพท /รพช /สสอ .ดำเนินการตามขั้นตอนทั้ง 5 ขั้นตอน และผ่านความสำเร็จขั้นที่ 5  
มากกว่าร้อยละ80

วิธีการประเมินผล	ขั้นที่ 1 – 5 รพศ /รพท /รพช /สสอ. ทุกแห่ง สามารถดำเนินการไปพร้อมๆกันได้ ตั้งแต่เริ่มต้น ปีงบประมาณ โดย ไตรมาสที่ 1 )รอบ 3 เดือน (ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้ ไตรมาสที่ 2 )รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้ ไตรมาสที่ 3 )รอบ 9 เดือน (ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้ ไตรมาสที่ 4) รอบ 12 เดือน (ทุกหน่วยงานสามารถดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน			
			2562	2563	2564	2565
	.1 ร้อยละของตำบลที่ควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	-	-	-	-
	.2 ร้อยละของ รพช / รพท / รพช / สสอ . ที่มี การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดย ยุงลาย (ไข้เลือดออก/ชิคุนกุนยา/ซิกา) (ได้ 5 ขั้นตอน	ร้อยละ	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายเกตต์ศรีสราย ภัยภักดิ์ โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail ชื่อ นายทศพล จีโน โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:Aun.jeno@gmail.com">Aun.jeno@gmail.com</a> ชื่อ นายทรงยศ คำชัย โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:eittsongyos@gmail.com">eittsongyos@gmail.com</a>	กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 81-0308457 กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 91-8475205 กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 81-8844825				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ชื่อ นายเกตต์ศรีสราย ภัยภักดิ์ โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:hootho@gmail.com">hootho@gmail.com</a> ชื่อ นายทศพล จีโน โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:Aun.jeno@gmail.com">Aun.jeno@gmail.com</a> ชื่อ นายทรงยศ คำชัย โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:eittsongyos@gmail.com">eittsongyos@gmail.com</a>	กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 81-0308457 กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 91-8475205 กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 81-8844825				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	ชื่อ นายเกตต์ศรีสราย ภัยภักดิ์ โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:hootho@gmail.com">hootho@gmail.com</a> ชื่อ นายทศพล จีโน โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111 E-mail <a href="mailto:Aun.jeno@gmail.com">Aun.jeno@gmail.com</a> ชื่อ นายทรงยศ คำชัย โทรศัพท์ 0 53-211048-50 ต่อ 110,111	กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 81-0308457 กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 91-8475205 กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 0 81-8844825				

หลักปฏิบัติในการทำงาน : ทำทันที, ทำต่อเนื่อง, ทำและพัฒนา

## โครงการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลาย

นโยบาย ก.สร.	ลดการป่วย การเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดต่อมาโดยยุงลาย			
Big Rock	Big Rock1: การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่เพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ (EID)			
ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อมาโดยยุงลาย (ใช้เลือดออก/ชิคุนกุนยา/ ชิคา) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ			
ยุทธศาสตร์ /มาตรการ	มาตรการที่ 1 เฝ้าระวังโรคติดต่อมาโดยยุงลาย ตามหลักวิชาการ	มาตรการที่ 2 ขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับในการบูรณาการป้องกันควบคุมโรค	มาตรการที่ 3 วินิจฉัยรักษาและส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางการควบคุมโรค	
กิจกรรม หลัก	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาบุคลากรในการเฝ้าระวังโรคแบบบูรณาการ (Dashboard/อสม.ออนไลน์)</li> <li>พยากรณ์โรค ชีเป้า พื้นที่เสี่ยงในพื้นที่</li> <li>เฝ้าระวังเชื้อไวรัสในคน</li> <li>เฝ้าระวังทางกีฏวิทยา <u>สำรวจลูกน้ำและติดตามประเมินประสิทธิภาพการควบคุมยุงพาหะนำโรค</u></li> <li>ใช้โครงสร้างและระบบการจัดการ EOC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สร้างเครือข่ายความร่วมมือเฝ้าระวังโรคติดต่อมาโดยแมลงระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล</li> <li><u>ขับเคลื่อนให้อำเภอจัดการโรคติดต่อมาโดยยุงลายผ่านกลไก พชอ./พชต./IVM.</u></li> <li>สนับสนุนทีมสอบสวนโรค และสนับสนุนข้อมูลเฝ้าระวังด้านกีฏวิทยา (Vector Profile, Vector surveillance)</li> <li>สื่อสารความเสี่ยงและสร้างความรอบรู้แก่ ปชช.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนให้ รพ. ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ใช้ CPG ในการวินิจฉัยรักษาผู้ป่วย</li> <li>สนับสนุนให้ รพ. จัดตั้ง Dengue corner และใช้ Dengue chart</li> <li>ติดตามข้อมูลการจัดทำ Dead case conference ทุกราย</li> <li>ประเมินระบบเฝ้าระวังโรคในสถานพยาบาล</li> </ol>	
ระดับ ความสำเร็จ	<p>รอบ 3 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีแผนดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค ใช้เลือดออกก่อนฤดูการระบาด/ความพร้อมของทรัพยากร</li> <li>ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันรักษาพยาบาล โรคติดต่อมาโดยแมลง</li> <li>เตรียมความพร้อมดาร์ทักซ์ วิชาการทีมควบคุมโรคทุกระดับก่อนปฏิบัติการ</li> </ol>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>มีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายก่อนการระบาด โดยเน้นการควบคุมค้ำชนิ้ลูกน้ำยุงลาย(HI CI) ของชุมชนให้อยู่ในเกณฑ์</li> <li>ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในและนอกบ้าน และพื้นที่สาธารณสุขในชุมชน</li> <li>campaign รณรงค์ระดับจังหวัด/อำเภอ เน้นส่งเสริมความร่วมมือจากเจ้าบ้าน/เจ้าของ</li> </ol>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการทุกระดับมีความพร้อมและดำเนินตามแนวทางเฝ้าระวังโรคฯ รายงานผู้ป่วยและควบคุมโรคตามมาตรการ3-3-1 และ 0-3-7-14-21-28</li> <li>การประเมิน/สุ่มประเมินค้ำชนิ้ลูกน้ำยุงลาย</li> </ol>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร</li> <li>มีการควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนในระยะ 28 วัน(ไม่เกิดผู้ป่วยระลอกที่2)</li> <li>ไม่มีผู้ป่วยไข้เลือดออกเสียชีวิต</li> </ol>

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	<p>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</li> <li>2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</li> <li>3. ขยายความครอบคลุมการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)</li> </ol>
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายร่วมกับรักษาครบ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</li> <li>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</li> </ol> </li> <li>2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</li> <li>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลการตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</li> </ol> </li> <li>3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 – 30 กันยายน พ.ศ. 2566) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน)</li> </ol>

	<p>4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึงอุบัติการณ์วัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report)</p>
<p>กลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>1. การประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (เดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2. การประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ.2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3. การประเมินการคัดกรองผู้วัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) คือ ประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองเชิงรุก และตั้งรับในโรงพยาบาล ที่เป็นประชากรไทย ไม่ใช่ไทย และผู้อาศัยอยู่ในเรือนจำ ที่ได้รับการคัดกรองในหน่วยบริการสาธารณสุขของภาครัฐ และภาคเอกชน</p>
<p>หน่วยงานที่ดำเนินการ</p>	<p>หน่วยงานที่ดำเนินการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของประเทศ</li> <li>2. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 - 12 และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 - 12 รับผิดชอบแผนงานควบคุมวัณโรคระดับเขต</li> <li>3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของจังหวัด</li> <li>4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลอำเภอ รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนงานควบคุมโรคของอำเภอและตำบล</li> </ol>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัย ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</li> </ol>

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 ( 1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>2. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เกิดขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 (1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>3. กลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) คือ ประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองเชิงรุก และตั้งรับในโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม 2565 – 30 กันยายน 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และผู้อาศัยอยู่ในเรือนจำ ที่ได้รับการคัดกรองในหน่วยบริการสาธารณสุขของภาครัฐ และภาคเอกชน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ (NTIP: National Tuberculosis Information Program)
1. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) คำนวณจากสูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2566
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565)
2. สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่เกิดขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ.2566) คำนวณจากสูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566)

<b>รายการข้อมูล 2</b>	<p>B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - 30 กันยายน พ.ศ. 2566)</p> <p><b>คิดจากอัตรา 143 ต่อประชากรแสนคน*</b></p> <p><b>หมายเหตุ</b> ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2022</p>
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4</li> <li>■ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2566</li> <li>■ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</li> </ul>
<b>เงื่อนไขการคำนวณ</b>	<p>1 การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไม่นับรวม</p> <p>1.1 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดทั้งรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาส ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)</p> <p>1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p>

**เกณฑ์การประเมิน ปี 2566:**

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	วิเคราะห์ GAB / จัดทำแผนดำเนินงาน	-	ร้อยละ 44	ร้อยละ 88
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	วิเคราะห์ GAB / จัดทำแผนดำเนินงาน ร้อยละ 22.5	ร้อยละ 45	ร้อยละ 67	ร้อยละ 90
การคัดกรองผู้วัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)	วิเคราะห์ GAB / จัดทำแผนดำเนินงาน ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100

**หมายเหตุ:** ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2566 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2566



<b>วิธีการประเมินผล :</b>	<p>ใช้อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) แยกเป็นระดับจังหวัด และ เขตสุขภาพแนวทางการประเมินผล</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ระดับประเทศ โดยกรมควบคุมโรค (กองวัณโรค) ประเมินจากอัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในภาพรวมของประเทศ</li> <li>ระดับเขตสุขภาพ/สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประเมินจากอัตราความสำเร็จ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) ในระดับพื้นที่</li> <li>ระดับจังหวัด ประเมินจากอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2566 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2565) พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรค คือ พื้นที่ทุกตำบลและอำเภอ ของจังหวัดเชียงใหม่</li> </ol>																											
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ.2564</li> <li>โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคแห่งชาติ หรือโปรแกรม National Tuberculosis Information Program (NTIP)</li> </ol>																											
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1" data-bbox="491 1037 1433 1827"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>80.40</td> <td>78.77</td> <td>75.39</td> </tr> <tr> <td>อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>73.91</td> <td>58.74</td> <td>65.77</td> </tr> <tr> <td>การคัดกรองผู้วัณโรคในประชาชนทั่วไปและ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>68.22</td> <td>70.18</td> <td>84.88</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ ที่มา <a href="https://ntip-ddc.moph.go.th">https://ntip-ddc.moph.go.th</a></p>					Baseline data		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			2563	2564	2565	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	80.40	78.77	75.39	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	73.91	58.74	65.77	การคัดกรองผู้วัณโรคในประชาชนทั่วไปและ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)	ร้อยละ	68.22	70.18	84.88
Baseline data		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																										
		2563	2564	2565																								
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	80.40	78.77	75.39																								
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	73.91	58.74	65.77																								
การคัดกรองผู้วัณโรคในประชาชนทั่วไปและ ประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)	ร้อยละ	68.22	70.18	84.88																								



ตารางที่ 1 ตารางแสดงค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

จำแนกภาพรวมจังหวัดเชียงใหม่และจำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	จำนวนประชากรทั้งหมด (ราย)	เป้าหมาย 143 /แสน ประชากร (ราย)	ค่าเป้าหมายอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (%) $\geq 90$ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ผลงานที่ทำได้
<b>รวมทั้งจังหวัดเชียงใหม่</b>	<b>1,789,385</b>	<b>2,559</b>	<b>2,303</b>	
1. อำเภอเมืองเชียงใหม่	226,855	324	292	
2. อำเภอจอมทอง	66,138	95	85	
3. อำเภอแม่แจ่ม	60,089	86	77	
4. อำเภอเชียงดาว	100,828	144	130	
5. อำเภอดอยสะเก็ด	75,631	108	97	
6. อำเภอแม่แตง	80,795	116	104	
7. อำเภอแม่ริม	94,291	135	121	
8. อำเภอสะเมิง	23,728	34	31	
9. อำเภอฝาง	122,591	175	158	
10. แม่สาย	78,261	112	101	
11. อำเภอพร้าว	47,898	68	62	
12. อำเภอสันป่าตอง	74,247	106	96	
13. อำเภอสันกำแพง	88,864	127	114	
14. อำเภอสันทราย	140,476	201	181	
15. อำเภอหางดง	91,988	132	118	
16. อำเภอฮอด	43,206	62	56	
17. อำเภอดอยเต่า	27,118	39	35	
18. อำเภออมก๋อย	62,383	89	80	
19. อำเภอสารภี	88,352	126	114	
20. อำเภอเวียงแหง	53,799	77	69	
21. อำเภอไชยปราการ	50,994	73	66	
22. อำเภอแม่วาง	32,013	46	41	
23. อำเภอแม่อน	21,021	30	27	
24. อำเภอดอยหล่อ	25,010	36	32	
25. อำเภอภักดีชุมพล	12,809	18	16	

หมายเหตุ : \* ที่มาฐานข้อมูลประชากร HDC ปี พ.ศ.2565 : [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php) \*\* ข้อมูลจาก WHO, Global TB Report 2022

ตารางที่ 2 ตารางข้อมูลพื้นฐานและค่าเป้าหมายของอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย  
วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในงบประมาณ พ.ศ. 2566

จำแนกรายโรงพยาบาล	ข้อมูลพื้นฐานอัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคราย ใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี พ.ศ. 2565	ค่าเป้าหมายอัตราความครอบคลุม การขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (%) ปีงบประมาณ พ.ศ.2566
	2565 <sup>3</sup>	
<b>สายเหนือ</b>		
1. รพ.เชียงใหม่	68.04	≥ 90
2. รพ.เวียงแหง	80.00	≥ 90
3. รพ.แม่แตง	91.49	≥ 90
4. รพ.แม่วาง	42.86	≥ 90
5. รพ.แม่อาย	79.55	≥ 90
6. รพ.ไชยปราการ	56.86	≥ 90
7. รพ.ฝาง	95.79	≥ 90
8. รพ.พร้าว	38.98	≥ 90
9. รพ.วัดจันทร์	NA*	≥ 90
<b>สายกลาง</b>		
10. รพ.นครพิงค์	60.24	≥ 90
11. รพ.สันทราย	50.29	≥ 90
12. รพ.สันกำแพง	36.52	≥ 90
13. รพ.สารภี	27.05	≥ 90
14. รพ.แม่ออน	32.14	≥ 90
15. รพ.ดอยสะเก็ด	25.51	≥ 90
16. รพ.หางดง	64.96	≥ 90
17. รพ.สะเมิง	6.45	≥ 90
<b>สายใต้</b>		
18. รพ.ดอยหล่อ	27.78	≥ 90
19. รพ.ดอยเต่า	33.33	≥ 90
20. รพ.อมก๋อย	6.09	≥ 90
21. รพ.จอมทอง	67.82	≥ 90
22. รพ.เทพรัตน์	13.92	≥ 90
23. รพ.ฮอด	10.53	≥ 90
24. รพ.สันป่าตอง	62.24	≥ 90

หมายเหตุ ที่มา <http://ntip.ddc.moph.go.th>

\*รพ.วัดจันทร์ ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคที่ดำเนินการขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

ตารางที่ 3 ตารางแสดงค่าเป้าหมายการคัดกรองวัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray)  
ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

รวมค่าเป้าหมายการคัดกรองวัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 159,147 ราย โดยจำแนกเป็น 3 สาย  
ตั้งรายละเอียดแสดงตาราง

สายเหนือ

กลุ่มเป้าหมาย/โรงพยาบาล	1. รพ.เชียงดาว	2. รพ.เวียงแหง	3. รพ.แม่แตง	4. รพ.แม่วาง	5. รพ.แม่เอย	6. รพ.ไชยปราการ	7. รพ.ฝาง	8. รพ.พร้าว	9. รพ.วัดจันทร์
1. ผู้สัมผัสใกล้ชิด	181	20	230	53	104	60	487	130	3
2. ผู้ด้อยโอกาส	33	0	6,073	0	2	3	927	22	0
3. ผู้ติดเชื้อ HIV	553	62	396	143	661	320	368	315	2
4. ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันลดลง	775	112	3,035	348	1,710	731	3,027	2,064	200
5. ผู้สูงอายุ > 65 ปี	1,208	174	1,852	597	2,274	2,834	2,033	2,949	131
6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุรา	437	86	10	80	159	30	196	120	131
7. บุคลากรสาธารณสุข	366	119	221	213	245	150	739	262	129
8. DM อายุ >60 ทุกคน	458	205	880	338	467	286	674	1,400	44
9. COPD อายุ >60 ทุกคน	28	31	71	87	89	280	29	255	33
10. CKD อายุ >60 ทุกคน	633	36	61	52	289	64	41	125	3
11. กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	85	8	1,278	139	1,232	211	479	250	30
12. BMI≤18.5 อายุ >60 ทุกคน	853	200	262	772	1,100	0	2,871	0	203
รวม	8,244	1,445	25,569	3,900	12,581	8,627	18,541	13,177	1,374

## สายกลาง

กลุ่มเป้าหมาย/โรงพยาบาล	10. รพ.นครพิงค์	11. รพ.สันทราย	12. รพ.สันกำแพง	13. รพ.สารภี	14. รพ.แม่อน	15. รพ.ดอยสะเก็ด	716. รพ.หางดง	17. รพ.สะเมิง
1. ผู้สัมผัสฯ ใกล้ชิด	85	193	146	350	7	110	143	17
2. ผู้ด้อยโอกาส	1,659	500	0	2	0	986	0	31
3. ผู้ติดเชื้อ HIV	2,349	279	344	118	135	2,271	476	88
4. ผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด	6,333	769	218	2,334	848	0	1,353	521
5. ผู้สูงอายุ > 65 ปี	12,210	485	372	1,388	701	3,830	1,901	351
6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุรา	73	281	0	244	199	550	57	244
7. บุคลากรสาธารณสุข	2,401	649	228	300	172	235	422	182
8 .DM อายุ >60 ทุกคน	0	761	40	350	382	733	1,062	253
9. COPD อายุ >60 ทุกคน	0	164	10	49	99	56	105	201
10. CKD อายุ >60 ทุกคน	0	224	10	120	167	0	32	90
11. กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	4,286	151	0	211	188	1,278	338	140
12. BMI≤18.5 อายุ >60 ทุกคน	0	780	0	624	214	1,478	319	5
รวม	49,756	7,464	2,104	10,408	4,867	18,748	9,662	3,287

## สายใต้

กลุ่มเป้าหมาย/โรงพยาบาล	18. รพ.ดอยหล่อ	19. รพ.ดอยเต่า	20. รพ.อมก๋อย	21. รพ.จอมทอง	22. รพ.เทพรัตน์	23. รพ.ฮอด	24. รพ.สันป่าดอง	25. แม่ตื่น
1. ผู้สัมผัสฯ ใกล้ชิด	36	42	46	336	26	35	103	0
2. ผู้ด้อยโอกาส	18	12	0	0	0	0	2	0
3. ผู้ติดเชื้อ HIV	213	96	60	460	78	159	1,228	20
4. ผู้ป่วยโรคมะเร็ง	634	2,028	56	0	1,932	813	2,187	58
5. ผู้สูงอายุ >65 ปี	1,852	731	238	0	715	653	2,555	107
6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุรา	0	40	535	367	65	221	537	325
7. บุคลากรสาธารณสุข	170	188	195	860	283	262	621	43
8 .DM อายุ >60 ทุกคน	450	345	43	903	616	209	1,171	18
9. COPD อายุ >60 ทุกคน	128	81	30	422	258	84	44	5
10. CKD อายุ >60 ทุกคน	40	52	50	103	303	82	420	12
11. กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	211	1,232	66	0	210	32	527	43
12. BMI≤18.5 อายุ >60 ทุกคน	310	1,038	0	402	701	126	1,507	0
รวม	6,602	8,738	2,194	4,556	7,925	4,398	16,286	1,121

หมายเหตุรายละเอียดกลุ่มประชากรคัดกรองวัณโรคในประชาชนทั่วไปและประชากรกลุ่มเสี่ยง  
 กลุ่มที่ 1 ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้ค่าชัดเจนจาก สปสช. ได้แก่

1. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคใกล้ชิด
  - 1.1 ผู้สัมผัสฯ ใกล้ชิดรายใหม่ ปี 2566
  - 1.2 ผู้สัมผัสฯ ใกล้ชิดย้อนหลัง ปี 2564 - 2565
2. ผู้ด้อยโอกาส/กลุ่มเปราะบาง
  - 2.1 ผู้ต้องขังในเรือนจำ
  - 2.2 ผู้อาศัยในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ
  - 2.3 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
3. ผู้ติดเชื้อ HIV
4. ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง
  - 4.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
  - 4.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
  - 4.3 ผู้ป่วยที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน
5. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี
  - 5.1 ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี รวมกับสูบบุหรี่
  - 5.2 ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ที่มีโรคถุงลมโป่งพองร่วมด้วย
  - 5.3 ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ที่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย
6. ผู้ใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
  - 6.1 กลุ่มที่เข้าบำบัดที่คลินิก
  - 6.2 กลุ่มที่อยู่ในชุมชนไม่เข้ารับการรักษา
7. บุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มที่ 2 ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ใช้สิทธิ์ ตามสิทธิ์ UC ได้แก่

8. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปทุกราย
9. ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปทุกราย
10. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปทุกราย
11. กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง
12. ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ที่มีค่า BMI $\leq$ 18.5 ทุกราย



หลักปฏิบัติในการทำงาน : ทำทันที, ทำต่อเนื่อง, ทำและพัฒนา

## โครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมวัณโรคจังหวัดเชียงใหม่

นโยบาย ก.สธ.	ผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการค้นหาและรักษา			
Big Rock	Big Rock1: การปฏิรูปการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข รวมถึงโรคระบาดระดับชาติ และโรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำเพื่อความมั่นคงแห่งชาติด้านสุขภาพ			
ตัวชี้วัด	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 90 (Treatment coverage, อัตราป่วยตาย, อัตราขาดยา, ความครอบคลุมในการค้นหา LTBI)			
ยุทธศาสตร์ / มาตรการ	มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	มาตรการที่ 3 : พัฒนาระบบการป้องกันวัณโรคในสถานบริการ และชุมชน	
กิจกรรมหลัก	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 คัดกรองวัณโรคด้วย CXR (เพิ่มความถี่มากขึ้น)</li> <li>1.2 คัดกรองเบื้องต้นในชุมชนด้วย App. TBSS</li> <li>1.3 ตรวจหาวัณโรคแฝงในกลุ่มผู้สัมผัส Index case</li> <li>1.4 ติดตามการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคใน NTIP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 รักษาด้วยสูตรยามาตรฐาน ติดตามผลการรักษา และจัดตั้ง รพ. Consult Node</li> <li>2.2 นิเทศติดตามการดูแลผู้ป่วยด้วยทีมสหวิชาชีพ ด้วย DOT คุณภาพ, HHC, ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3.1 จัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานบริการและชุมชน</li> <li>3.2 เฝ้าระวังการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข</li> <li>3.3 สื่อสารความเสี่ยงเพื่อเพิ่มความตระหนัก รอบรู้ด้านวัณโรคแก่ประชาชน ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และกลุ่มเสี่ยง</li> </ul>	
ระดับความสำเร็จ	<p>รอบ 3 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. วิเคราะห์ GAB / จัดทำแผนดำเนินงาน</li> <li>2. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน</li> <li>3. พัฒนาศักยภาพการใช้ NTIP ใน จนท. ผู้รับผิดชอบงานใหม่</li> <li>4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Dead case conf.</li> </ul>	<p>รอบ 6 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามการดำเนินการตามแผน (คัดกรอง 50%, TC 45%)</li> <li>2. ติดตามการให้คำปรึกษา รพ. Node</li> <li>3. รณรงค์การใช้ TBSS ในชุมชน และ สื่อสารความเสี่ยง</li> </ul>	<p>รอบ 9 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามการดำเนินการตามแผน (คัดกรอง 75%, TC 67%, S.rate 44%)</li> <li>2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ Dead case conf.</li> </ul>	<p>รอบ 12 เดือน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. ติดตามการดำเนินการตามแผน (คัดกรอง 100%, TC 90%, S.rate 88%)</li> <li>2. อัตราการป่วยตาย และอัตราการขาดยาลดลงจากปี 2565</li> </ul>

## Template

แผนงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม กรณีมลพิษอากาศ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2566

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ภารกิจที่เกี่ยวข้อง องค์ประกอบที่ 3 : Area Base กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข  
Kick Off มวจ. ข้อที่ 5 : ด้านการแพทย์ และการสาธารณสุข

ตัวชี้วัดถ่ายทอดระดับหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2566

#### 1. การตอบสนองนโยบาย และ เป้าหมายตัวชี้วัด

1.1 ตอบสนองนโยบายกระทรวง : ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้อำเภอขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM<sub>2.5</sub>)

ตอบสนองนโยบาย จังหวัดเชียงใหม่(ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่) : แผนการดำเนินงานประจำปี 2566 การ แก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM 2.5 จังหวัดเชียงใหม่แบบบูรณาการ : ด้านสุขภาพ และสาธารณสุข สื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพจากฝุ่น PM 2.5 การเฝ้าระวังตรวจสอบสุขภาพกลุ่มอาสาสมัครดับไฟ การจัดพื้นที่ห้องปลอดฝุ่น PM 2.5

#### 1.2 เป้าหมายตัวชี้วัด

KPI (End Goal) เชิงคุณภาพ :

ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจากฝุ่นละออง PM 2.5

KPI ( Outcome ) เชิงปริมาณ :

- 1) อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และหรือโรคที่อาจเกี่ยวกับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM<sub>2.5</sub>) ลดลงกว่าปีฐาน ของค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
- 2) ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมีพฤติกรรมในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM<sub>2.5</sub> ร้อยละ 80
- 3) มีระบบบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขครอบคลุมพื้นที่เสี่ยง (คลินิกมลพิษ / ห้องปลอดฝุ่น/ การเยี่ยมบ้าน) อย่างน้อย ร้อยละ 80

2. กฎหมายที่เกี่ยวข้อง : พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 และ พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ลงวันที่ 19 มีนาคม 2560

3. เป้าหมาย (Goals) : ประชาชนที่ได้รับหรืออาจจะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแล เฝ้าระวัง ป้องกันและลดผลกระทบทางสุขภาพ มีความตระหนักรอบรู้ด้านสุขภาพ และป้องกันตนเองจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม

#### 4. คำอธิบายตัวชี้วัด :

“ความสำเร็จของการสนับสนุนให้จังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM<sub>2.5</sub>)” หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาล มีการดำเนินงานครอบคลุม **ทั้ง 5 กิจกรรม** ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สื่อสารความเสี่ยง

กิจกรรมที่ 2 การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยง

กิจกรรมที่ 3 การจัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น(Clean room/Safety room)

กิจกรรมที่ 4 การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM<sub>2.5</sub>

กิจกรรมที่ 5 การรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM<sub>2.5</sub>และกิจกรรมการแก้ไขปัญหา ผลกระทบจากฝุ่นละออง PM<sub>2.5</sub>

5. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

6. เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นขั้นตอนแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน				
		ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้อำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM <sub>2.5</sub> )	1	✓				
	2	✓	✓			
	3	✓	✓	✓		
	4	✓	✓	✓	✓	
	5	✓	✓	✓	✓	✓

7. เงื่อนไขของตัวชี้วัด :

ขั้นตอนที่ 1 : มีคณะกรรมการ PHEOC อำเภอ มีแผนงาน และรายละเอียดกิจกรรมระดับอำเภอ

โรงพยาบาล สสอ. รพ.สต. ครอบคลุมทุกมาตรการ

ขั้นตอนที่ 2 : มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ 1-2

ขั้นตอนที่ 3 : มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ 1-3

ขั้นตอนที่ 4 : มีการดำเนินงานกิจกรรมที่ 1-4

ขั้นตอนที่ 5 : ความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจาก ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM<sub>2.5</sub>) เป้าหมายมีการดำเนินการครบทั้ง 5 กิจกรรม ตามที่ระบุไว้ในคำอธิบายตัวชี้วัด

8. ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ระดับความสำเร็จของการสนับสนุนให้อำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM <sub>2.5</sub> )	ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566		

## 9. รายละเอียดการดำเนินงานกิจกรรม :

1. สื่อสารความเสี่ยง	2. การเฝ้าระวังการเจ็บป่วยของกลุ่มเสี่ยง	3. การจัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น(Safety Zone หรือ Safety room หรือ Clean room)	4. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5	5. การรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5และกิจกรรมการแก้ไขปัญหาผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5
<p>1. มีการติดตั้งเครื่องตรวจวัดค่าฝุ่นละอองที่รพ.ทุกแห่ง</p> <p>2. ติดตามระดับค่าฝุ่นละอองจากเครื่องตรวจวัดค่าฝุ่นละอองและรายงานสื่อสารประชาชน เวลา 09.00 น. 12.00 น. 15.00 น.</p> <p>3. รายงานข้อมูลค่าฝุ่นละอองให้แก่ นำชุมชน เพื่อแจ้งเตือนประชาชน ได้ทราบและปฏิบัติตนให้ถูกต้อง</p> <p>4. สสจ./สสอ./รพ. สื่อสารค่าฝุ่นละอองและจำแนกเป็น 5 สี พร้อมทั้งคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในเวปไซต์/เสียงตามสาย/ป้ายประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน.ทุกวัน</p> <p>5. อสม.เคาะประตูบ้าน เพื่อให้ ความรู้และการปฏิบัติตนเองจากฝุ่นละออง</p>	<p>1. สํารวจข้อมูลกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่มโรค (โรคทางเดินหายใจ โรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) รายรพสต.และจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง</p> <p>2. รายงานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงให้ อปท.เพื่อการจัดสรร Mask N95 แยกเป็นรายอปท.</p> <p>3. รพสต.มอบ Mask N95 ให้กับกลุ่มเสี่ยง เมื่อ PM2.5 <math>\geq</math> 56 มคก./ลบม.</p> <p>4. แนะนำให้กลุ่มเสี่ยงไปใช้ บริการในพื้นที่ปลอดฝุ่น (Safety room หรือ Clean room)</p> <p>5. ในกรณีที่มีกลุ่มเสี่ยงมีอาการกำเริบของโรคให้ส่งต่อเข้ารับ</p>	<p>1. กำหนดให้รพท. รพท. รพช. รพสต. สสอ. สสจ.จัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น(Safety Zone หรือ Safety room หรือ Clean room) ทุกแห่ง ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ 100 % ยกเว้น นอกสังกัด</p> <p>2. ขอความร่วมมือ อปท.โรงเรียน สถานประกอบการ(ห้างสรรพสินค้า โรงแรม ร้านอาหาร ร้านกาแฟ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพเช่น ร้าน นวด สปา นวดเพื่อเสริมสวย ศูนย์การค้าขนาดใหญ่) จัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น(Safety Zone หรือ Safety room หรือ Clean room) และ ประชาสัมพันธ์สถานที่ที่จัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น (Safety Zone หรือ Safety room หรือ Clean room) ให้ประชาชนรับทราบ</p> <p>3. ตรวจสอบประเมินค่าฝุ่นละอองในพื้นที่ที่ดำเนินการจัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น(Safety Zone หรือ Safety room หรือ Clean room) และชี้แจงให้กับหน่วยงานและสถานประกอบการที่</p>	<p>1. รพ./รพสต.ทุกแห่งจัด สํารองยาและเวชภัณฑ์ให้ เพียงพอสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5</p> <p>2. รพ./รพสต แจก Mask N95 ให้กลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่มโรค (โรคทางเดินหายใจ โรคหอบหืด โรคหัวใจและหลอดเลือด หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป) ที่มารับบริการ เมื่อ PM2.5 <math>\geq</math> 56 มคก./ลบม.</p> <p>3. รพ.ทุกแห่งจัดซ่อมแผนรองรับภาวะวิกฤต กรณีที่ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจาก ภาวะฝุ่นละอองจำนวนมาก</p>	<p>1. สสจ.สํารวจผู้รับผิดชอบการ รายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5 ของรพ.ทุกแห่งในระบบรายงาน สครที่ 1</p> <p>2. รพ.ทุกแห่งจัดส่งรายงานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5 ลุ่มโรค ในระบบ รายงานโปรแกรมของหน่วยงาน IT สสจ.ประมวลผลส่งไปยังสคร.1 ทุกวัน .....ตั้งแต่ 1 มค. 66 เป็นต้นไป จนกว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่งจากสสจ.</p> <p>3. สสจ.วิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากฝุ่นละออง PM2.5 พร้อมทั้งรายงาน ข้อมูลผู้ป่วยให้ ศูนย์อำนวยการ</p>

<p>6. ประชาสัมพันธ์ให้หอสม.และประชาชนทั่วไปติดตามค่าฝุ่นละอองในแอปพลิเคชัน Air4Thai CMUCCDC AirCMI เพื่อการปฏิบัติตนเองให้ถูกต้อง</p> <p>7. รายงานการรณรงค์สื่อสารกิจกรรม ฯลฯ ทุกครั้งที่ดำเนินการในระบบรายงาน สครที่ 1</p>	<p>บริการในสถานบริการตามระบบ</p> <p>6. รพ./คปสอ./สสจ.เปิดศูนย์ PHEOC เมื่อค่าฝุ่นละออง PM2.5 &gt;56 มคก./ลบม. ติดต่อกัน 3 วัน</p>	<p>การจัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น(Clean room/Safety room) ลงทะเบียน และสามารถprint ป้ายสัญลักษณ์รับรองได้ตามมาตรฐานประเมินตนเองได้ และจัดให้มีทีมคณะกรรมการตรวจประเมินห้องปลอดฝุ่น โดย สสจ.จะอบรม ครู ก ในต้นปี 2566</p> <p>4. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ขั้นตอนการจัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น ในเวปไซต์ สสจ.ชม และเชิญชวนให้ประชาชนจัดทำพื้นที่ปลอดฝุ่น บ้าน ปลอดฝุ่น มุ้งสูฝุ่น โรงเรียนสูฝุ่น ชุมชนสูฝุ่น</p>	<p>4. รพ.ทุกแห่ง มีการจัดทำคลินิกมลพิษ หรือคลินิกมลพิษออนไลน์ โดยมีโรงพยาบาลนครพิงค์และหรือโรงพยาบาลราชธานี</p> <p>กรมการแพทย์ เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำการดำเนินงาน</p>	<p>แก้ไขปัญหามอกควันจังหวัดเชียงใหม่</p> <p>4. รพ./สสอ./รพ.สต. รายงานกิจกรรมการแก้ไขปัญหามลพิษจากฝุ่นละออง PM2.5 และการแจกหน้ากากอนามัยในโปรแกรมออนไลน์ของสคร.1 โดยใช้รหัสเดียวกันทั้งอำเภอ</p>
---	---	--	--	---

10. เป้าหมาย : ไตรมาสที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 2  
ไตรมาสที่ 4 ถึงขั้นตอนที่ 5

11. แหล่งข้อมูล : ระบบรายงาน IT คือ HDC, Dashboard สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

12. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

อาทิ โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขสาธารณสุขอำเภอ และรายงานผลในระบบบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์จังหวัดเชียงใหม่ ตามเวลาที่กำหนด

13. ความถี่ในการจัดเก็บข้อมูล :

ไตรมาสที่ 2 ทุกสัปดาห์ มกราคม - มีนาคม พ.ศ.2566

ไตรมาสที่ ๓ ทุกสัปดาห์ เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ.2566

ไตรมาสที่ 4 1 ครั้ง สรุปรายงานผลการดำเนินงาน ภายใน 30 มิถุนายน 2566

14. แบบฟอร์มที่ใช้ประกอบด้วย :

แบบฟอร์มที่ 1 (เอกสารแนบ 1)

แบบฟอร์มที่ 2 (เอกสารแนบ 2)

แบบฟอร์มที่ 3 (เอกสารแนบ 3)

แบบฟอร์มที่ 4 (เอกสารแนบ 4)

## 15. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

15.1 ระดับหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ชื่อผู้กำกับตัวชี้วัด	โทรศัพท์
นายภาคภูมิ ธาวงศ์	053 211048-50 ต่อ 121

15.2 ระดับกลุ่มงาน : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

ชื่อผู้กำกับตัวชี้วัด	โทรศัพท์	E-mail
นาย ธนีสร ธิติปภาดา	053 211048-50	

## 16. ผู้จัดเก็บข้อมูล :

16.1 ระดับหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ชื่อผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	โทรศัพท์	E-mail
1. นายสินสมุทร	053 211048-50 ต่อ 123	
2. นายยุทธนา ตาสุกา	053 211048-50 ต่อ 123	

16.2 ระดับกลุ่มงาน : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ผู้รับผิดชอบงานประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

ชื่อผู้จัดเก็บตัวชี้วัด	โทรศัพท์	E-mail
1. นางจิตติรัตน์ อินตายวง	081 5683862	cmpho.env@gmail.com
2. นายจักรพันธ์ หมอยาดี	053 211048-50	Chiangmaihealth.env@gmail.com

## มาตรการสำคัญกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2566

## สำหรับประกอบแนวทางการดำเนินงาน

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ภายใต้หลักการ “ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และสร้างความรู้ด้านสุขภาพ” เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่เสี่ยงได้รับการคุ้มครองสุขภาพ มีภูมิคุ้มกันและจัดการสุขภาพตนเองได้ ที่สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหามลพิษ ด้านฝุ่นละออง” กำหนดแนวทางการดำเนินงานฯ โดย “ยกระดับการปฏิบัติการ” ตาม 3 มาตรการ 10 กิจกรรมสำคัญ ดังนี้

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ โดยสรุป
มาตรการที่ 1 การลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ	1. ฝ้าระวังสถานการณ์และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ 2. ฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3. สื่อสาร สร้างความรู้ และสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และประชาชนเพื่อจัดการสุขภาพตนเอง
มาตรการที่ 2 บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	4. สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแก่กลุ่มเสี่ยง 5. เปิดคลินิกมลพิษใน รพ./จัดเตรียมห้องปลอดฝุ่นในสถานบริการสธ.และสถานที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง 6. จัดระบบปฏิบัติเชิงรุกเพื่อดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบ (ทีม 3 หมอ/หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ลงเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพ /จัดหน่วยปฏิบัติการดูแลประชาชน) 7. เตรียมความพร้อมระบบรักษาส่งต่อผู้ป่วยฯ
มาตรการที่ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	8. มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ เมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤต (PHEOC) 9. ส่งเสริมและขับเคลื่อนกฎหมาย (พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพรบ.โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562)

มาตรการ	กิจกรรมสำคัญ โดยสรุป
	10. ส่งเสริมองค์กรลดมลพิษ (ตรวจควันดำรถราชการ /Big cleaning /car pool/WFH/ Green Area)

3) ระยะเวลาดำเนินการและวิธีการปฏิบัติ โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะวิกฤต และระยะหลังเกิดเหตุ ดังนี้



### ระยะการดำเนินการและวิธีการปฏิบัติ



<b>ลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ</b> 1) เก็บขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลตามถังขยะสาธารณะ 2) เก็บขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูลตามอาคารและพื้นที่สาธารณะ 3) สัณหา ทำความสะอาด และทำความสะอาดห้องประชุม และประชาชนในอาคารสาธารณะ	<b>บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</b> 1) สนับสนุนการบริการสำหรับกลุ่มเสี่ยง 2) เปิดคลินิกคลินิก โทร.จัดเตรียมห้องฉุกเฉินในสถานบริการ ส.ม.และสถานีอนามัย 3) จัดระบบปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข 4) เตรียมความพร้อมระบบห้องฉุกเฉิน	<b>เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ</b> 1) มีแผนปฏิบัติการฉุกเฉินด้านสุขภาพ (PHEOC) ไทย (PHEOC) 2) ส่งเสริมและจัดตั้งศูนย์บัญชาการ (ศูนย์บัญชาการฯ) 2535 และศูนย์บัญชาการระดับจังหวัดและระดับเขต 3) ส่งเสริมการทำความสะอาด (Big cleaning /car pool/WFH Green Area)
--	---	--

\*ความเข้มข้นของการดำเนินงานตามความรุนแรงของสถานการณ์

ระดับความรุนแรงของสถานการณ์ (เดิม)	< 50 มคก./ลบ.ม.	51-75 มคก./ลบ.ม.	76-100 มคก./ลบ.ม.	≥101 มคก./ลบ.ม. ขึ้นไป
(ร่างใหม่)	<37.5 มคก./ลบ.ม.	37.6-50 มคก./ลบ.ม.	51-75 มคก./ลบ.ม.	76 มคก./ลบ.ม. ขึ้นไป

- **ระยะเตรียมการ (กันยายน - พฤศจิกายน)** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมจัดทำแผนและแนวทางการดำเนินงานสำหรับเจ้าหน้าที่และประชาชน รวมทั้งจัดเตรียมสื่อและอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลเพื่อเตรียมแจกจ่ายให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ชี้แจงการดำเนินงานแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ประชาชน พร้อมทั้งติดตามสถานการณ์เป็นระยะ ดังนี้
  - **เฝ้าระวังสถานการณ์ PM<sub>2.5</sub>** ประเมินความเสี่ยง และแจ้งเตือนประชาชน พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน
  - **สื่อสาร ประชาสัมพันธ์** สร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักแก่ประชาชนในการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพและให้คำแนะนำให้ประชาชน
  - **เตรียมความพร้อมในการดูแลกลุ่มเสี่ยง** โดย สัณหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงสำคัญ สร้างความรู้ความเข้าใจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงแกนนำกลุ่มวัยต่างๆ ในชุมชน
  - **เตรียมความพร้อมของระบบบริการสาธารณสุข** ทั้งจัดเตรียมยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล และพิจารณาความพร้อมในการจัดตั้งคลินิกมลพิษในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อรักษาและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนที่สงสัยการเจ็บป่วยจากมลพิษ รวมถึงการสำรวจจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับห้องปลอดฝุ่นในสถานพยาบาลและสถานที่ที่มีกลุ่มเสี่ยง
  - **เฝ้าระวังสถานการณ์การเจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรค** ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบผิวหนัง ระบบตา และกลุ่มโรคอื่น ๆ และผลกระทบในระยะยาว ได้แก่ โรคมะเร็ง และรายงานผู้ป่วยที่มารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกสัปดาห์
  - **เตรียมความพร้อมของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข** กรณีหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก จัดทำแผนปฏิบัติการฯ สนับสนุนการใช้ พระราชบัญญัติการ

สาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นเครื่องมือเพื่อควบคุมการปล่อย PM<sub>2.5</sub> จากแหล่งกำเนิดในพื้นที่ และการจัดการเหตุรำคาญจากฝุ่นละอองผ่านกลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) หรือ คณะกรรมการอื่น ๆ ในระดับพื้นที่

- **ระยะวิกฤต (ธันวาคม - เมษายน)** กำหนดให้มีโครงสร้าง/กลไกการบริหารจัดการ และดำเนินการตามมาตรการที่กำหนดตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์ ทั้งการเฝ้าระวัง เตือนภัยสถานการณ์ในพื้นที่มีปัญหา PM<sub>2.5</sub> ให้แก่ประชาชน ให้รับทราบข้อมูลในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและทันต่อสถานการณ์ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงานในการสนับสนุนการแก้ไขปัญหา PM<sub>2.5</sub> กำหนดมาตรการ และแนวทางการดำเนินงาน ด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจาก PM<sub>2.5</sub> เมื่อเกิดเหตุให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินงานตามมาตรการและแนวทางการดำเนินงานฯ และจัดทำรายงานและผลปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ในช่วงระหว่างเกิดสถานการณ์วิกฤต ตามแผนปฏิบัติการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติ “การแก้ไขปัญหาฝุ่นละออง” ได้กำหนดขั้นปฏิบัติการช่วงปริมาณ PM<sub>2.5</sub> เกินมาตรฐาน เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีอำนาจหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ทันทีตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ฝุ่นละออง ดังนั้น เพื่อให้กลไกการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดขั้นการปฏิบัติงานเป็น 5 ระดับ ดังตาราง

- ตาราง ระดับขั้นปฏิบัติการช่วงปริมาณ PM<sub>2.5</sub> ในระยะวิกฤต

ระดับขั้นปฏิบัติการ	ปริมาณ PM <sub>2.5</sub> (ค่าเฉลี่ย 24 ชั่วโมง)
ระดับที่ 1	มีค่าไม่เกิน 37.5 มคก./ลบ.ม.
ระดับที่ 2	มีค่าระหว่าง 37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.
ระดับที่ 3	มีค่าระหว่าง 51 - 75 มคก./ลบ.ม.
ระดับที่ 4	มีค่าระหว่าง 76 – 150 มคก./ลบ.ม.
	มีค่ามากกว่า 150 /250 มคก./ลบ.ม. (ให้ยกระดับการปฏิบัติการ ในระดับกระทรวง)

- ทั้งนี้ ระยะการปฏิบัติการ และระดับขั้นปฏิบัติการช่วงปริมาณ PM<sub>2.5</sub> ระยะเกิดเหตุ สามารถปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของพื้นที่
- **ระยะหลังเกิดเหตุ (พฤษภาคม - กรกฎาคม)** สรุปทบทวนการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ประเมินผลการดำเนินงาน และจัดทำแผนการดำเนินงานต่อไป



แผนปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน ภาพรวมจังหวัดเชียงใหม่  
ตามแนวทางการปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข 2566

แนวปฏิบัติ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4		หน่วยงาน รับผิดชอบ
	<37.5 มคก./ลบ.ม.	37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.	51 - 75 มคก./ลบ.ม.	76 – 150 มคก./ลบ.ม.	>150 มคก./ลบ. ม. ขึ้นไป	
มาตรการ 1 ลดและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ						
<b>ฝ้าระวัง สถานการณ์และแจ้ง เตือนความ เสี่ยงต่อ สุขภาพ</b>	- ติดตาม สถานการณ์ และประเมิน ระดับความ เสี่ยงต่อ สุขภาพ	- ติดตาม สถานการณ์ และ ประเมิน ระดับความ เสี่ยงต่อ สุขภาพ - แจ้งเตือน ระดับความ เสี่ยง วันละ 1 ครั้ง (07.00 น.)	-ติดตาม สถานการณ์ และประเมิน ระดับความ เสี่ยงต่อ สุขภาพ - แจ้งเตือน ระดับความ เสี่ยง วันละ 2 ครั้ง (07.00 น. /15.00 น.)	- ติดตามสถานการณ์และ ประเมินระดับความเสี่ยงต่อ สุขภาพ - แจ้งเตือนระดับความเสี่ยงวัน ละ 3 ครั้ง (07.00 น. /12.00 น. /15.00 น.)	- สสจ./กทม. - ศอ. / สคร. - กรม อนามัย/กรม ควบคุมโรค	
<b>ฝ้าระวัง ผลกระทบต่อสุขภาพ และ พฤติกรรม สุขภาพ</b>	- เตรียมทีมฝ้า ระวัง สอบสวนโรค - ฝ้าระวังโรค 4 กลุ่มโรคและ รายงานทุก สัปดาห์	- ฝ้าระวัง โรค 4 กลุ่ม โรคและ รายงานทุก สัปดาห์	- ฝ้าระวังโรค 4 กลุ่มโรคและ รายงานทุก สัปดาห์ - สอบสวนโรค กรณีพหุเหตุ ผิดปกติ - กรณีมี เหตุการณ์ที่มี ผู้ป่วยโรคหัวใจ และ COPD เข้ารับการ รักษาในห้อง ฉุกเฉิน มากกว่าปกติ ให้รายงาน ทันที	- ฝ้าระวังโรค 4 กลุ่มโรคและ รายงานทุกวัน - สอบสวนโรค กรณีพหุเหตุ ผิดปกติ - กรณีมีเหตุการณ์ที่มีผู้ป่วย โรคหัวใจและ COPD เข้ารับ การรักษาในห้องฉุกเฉิน มากกว่าปกติ ให้รายงานทันที	- รพ./สสจ. - สคร. - กรม ควบคุมโรค	

แนวปฏิบัติ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4		หน่วยงาน รับผิดชอบ
	<37.5 มคก./ลบ.ม.	37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.	51 - 75 มคก./ลบ.ม.	76 – 150 มคก./ลบ.ม.	>150 มคก./ลบ. ม. ขึ้นไป	
	- ฝ้าระวัง อาการและ พฤติกรรม ผ่าน 4 Health / คลินิกมลพิษ ออนไลน์/แบบ สำรวจของ อสม.	- ฝ้าระวัง อาการและ พฤติกรรม ผ่าน 4 Health /คลินิก มลพิษ ออนไลน์	- ฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมผ่าน 4 Health / คลินิกมลพิษออนไลน์ และแบบ สำรวจของ อสม.			- อสม./รพ สต. - สสจ./ศอ./ กรม อนามัย/ กรมการ แพทย์ / สพส.
สื่อสาร สร้าง ความรอบรู้ และสร้าง ความเข้มแข็ง ให้แก่ ประชาชนและ ชุมชนในการ จัดการความ เสี่ยงต่อ สุขภาพ	พบทวนองค์ ความรู้ สนับสนุนสื่อ ประชาสัมพันธ์ สื่อสารความรู้ใน การป้องกันตนเอง แก่ประชาชน	สื่อสารความรู้ ในการป้องกัน ตนเองแก่ ประชาชน ให้บริการ คำปรึกษา ผ่านสายด่วน 1422 /1478/Line ad. - ฝ้าระวัง และตอบโต้ ข่าวที่เป็น เท็จ	- สื่อสาร ความรู้ใน การป้องกัน ตนเองแก่ ประชาชน - ให้บริการ คำปรึกษา ผ่านสายด่วน 1422 /1478/Line ad. - ฝ้าระวังและ ตอบโต้ข่าวที่ เป็นเท็จ - อสม. ลง พื้นที่ให้ ความรู้ใน การปฏิบัติ ตนแก่กลุ่ม เสี่ยง - แอลงข่าว ชี้แจง สถานการณ์	- สื่อสารความรู้ ในการป้องกัน ตนเองแก่ ประชาชน - ให้บริการ คำปรึกษาผ่าน สายด่วน 1422 /1478/Line ad. - ฝ้าระวังและ ตอบโต้ข่าวที่ เป็นเท็จ - อสม.ลงพื้นที่ให้ ความรู้ในการ ปฏิบัติตนแก่ กลุ่มเสี่ยง - แอลงข่าว ชี้แจง สถานการณ์ ผ่าน ศกพ.ส. (รายสัปดาห์	- แอลงข่าว ชี้แจง สถานการณ์ ผ่าน ศก พ.ส. (รายวัน)	สสจ. ศอ./สคร. กรม อ./ กรมคร./ กรมการ แพทย์/สพส. /สป.

แนวปฏิบัติ	ระดับ 1 <37.5 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 2 37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 3 51 - 75 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 4		หน่วยงาน รับผิดชอบ
				76 – 150 มคก./ลบ.ม.	>150 มคก./ลบ. ม. ขึ้นไป	
			ผ่าน ศกพ.ส. (รายสัปดาห์)	และกรณีเกิด เหตุผิดปกติ		
	สร้างชุมชน จัดการความ เสี่ยง ประชาสัมพันธ์/ สื่อสารตัวอย่าง ชุมชนที่มีการ จัดการที่ดี	- ขอความ ร่วมมือ ประชาชน ในละแวก บ้าน ลด กิจกรรมที่ ก่อให้เกิด PM <sub>2.5</sub>	- ขอความ ร่วมมือ ประชาชนใน ละแวกบ้าน ลดกิจกรรม ที่ก่อให้เกิด PM <sub>2.5</sub> - กำหนดทีม “อาสาสูฝุ่น” เฝ้าระวัง แจ้งเหตุการณ์ เผาในที่โล่ง และดูแล สุขภาพของ คนในชุมชน			- สสจ. - ศอ - กรม อ.
มาตรการ 2 บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข						
สนับสนุน อุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล แก่กลุ่ม เสี่ยง	- ทบทวน/ สำรวจและ จัดทำทะเบียน กลุ่มเสี่ยงใน พื้นที่ - จัดเตรียม อุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล ยา เวชภัณฑ์	- แจกจ่าย อุปกรณ์ ป้องกัน ส่วนบุคคล ให้กลุ่ม เสี่ยง	- แจกจ่าย อุปกรณ์ ป้องกันส่วน บุคคล	- แจกจ่าย อุปกรณ์ป้องกัน ส่วนบุคคล		- รพสต./ สสจ. - กสธฉ.
เปิดคลินิก มลพิษใน รพ.		- เปิดคลินิก มลพิษ ออนไลน์	- เปิดคลินิก มลพิษใน สถาน บริการสธ.	- คลินิกมลพิษ เคลื่อนที่		- รพ./กทม/ สสจ/ - รพ.นพรัตน์ ฯ

แนวปฏิบัติ	ระดับ 1 <37.5 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 2 37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 3 51 - 75 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 4		หน่วยงาน รับผิดชอบ
				76 – 150 มคก./ลบ.ม.	>150 มคก./ลบ. ม. ขึ้นไป	
จัดเตรียมห้อง ปลอดฝุ่น	- สำรองสถานที่ ที่มีห้องปลอด ฝุ่น - เตรียม อุปกรณ์/ เตรียมห้อง สำหรับห้อง ปลอดฝุ่น	- สถาน บริการสธ. เปิดห้อง ปลอดฝุ่น รองรับผู้ที่ ได้รับ ผลกระทบ	- ทีม ปฏิบัติการ ลงพื้นที่ให้ คำแนะนำ กลุ่มเสี่ยงใน การ จัดเตรียม ห้องปลอด ฝุ่นที่บ้าน	- สนับสนุนให้ทุก หน่วยงาน ราชการและ เอกชน (ห้างสรรพสินค้า /ร้านกาแฟ) เปิดห้องปลอด ฝุ่น - สุ่มตรวจ ประเมินห้อง ปลอดฝุ่น		- สสจ./กทม. - กรม อ
- ทีม 3 หมอ/ หน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ลง เยี่ยมบ้าน - จัดหน่วย ปฏิบัติการดูแล ประชาชน	- เตรียมความ พร้อม อสม. / ทีมปฏิบัติการ	- อสม.ลง พื้นที่เยี่ยม กลุ่มเสี่ยง / ให้ คำแนะนำ ในการ ปฏิบัติตน	- อสม.ลงพื้นที่ เยี่ยมกลุ่มเสี่ยง / ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติ ตน - ทีมปฏิบัติการ ลงพื้นที่	- อสม.ลงพื้นที่ เยี่ยมกลุ่มเสี่ยง /ให้คำแนะนำ ในการปฏิบัติ ตน - ทีมปฏิบัติการ ลงพื้นที่ - หน่วยแพทย์ เคลื่อนที่ลง ตรวจสุขภาพ ประชาชน - NCDs Clinic??		- อสม./รพสต - สสจ - สปส. /สป
เตรียมความ พร้อมระบบ รักษา ส่งต่อ ผู้ป่วยฯ	-	-	- ดูแลกลุ่มที่มี โรค ประจำตัว Asthma /COPD	- รพ.เตรียม ระบบ EMS		- สป. ...
มาตรการ 3 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ						
มีระบบ บัญชาการ เหตุการณ์	-	ทุกระดับเปิด Operation	- เปิด PHEOC ระดับ จว.	- เปิด PHEOC ระดับ จว. /เขต / กรม	เปิด PHEOC ระดับ กระทรวง	- สสจ./ - ศอ./ สคร.

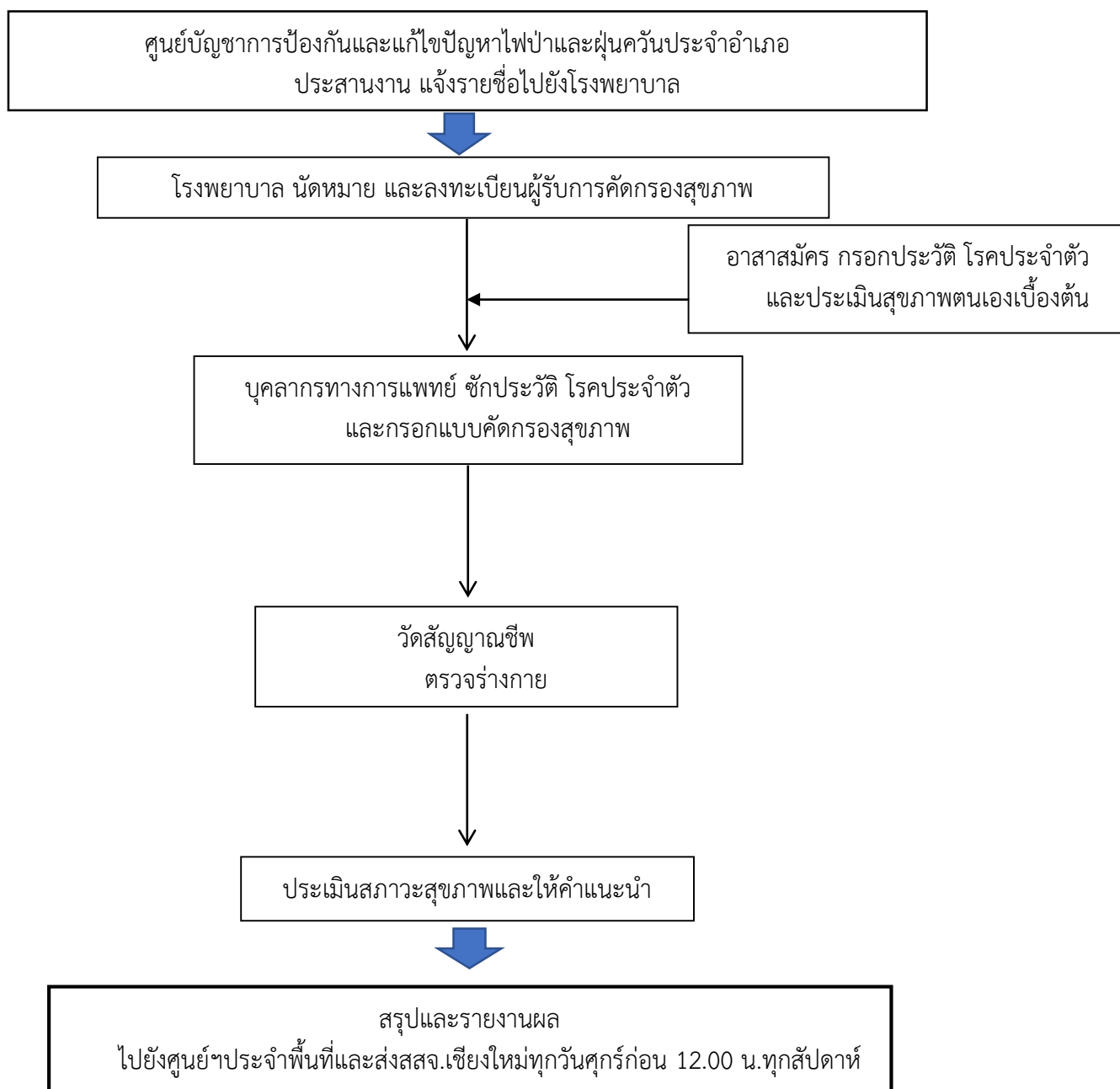
แนวปฏิบัติ	ระดับ 1 <37.5 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 2 37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 3 51 - 75 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 4		หน่วยงาน รับผิดชอบ
				76 – 150 มคก./ลบ.ม.	>150 มคก./ลบ. ม. ขึ้นไป	
เมื่อเข้าสู่ระยะ วิกฤต (PHEOC)		Center (SAT/RC) เปิด PHEOC ระดับ จว. - รายงานราย สัปดาห์ (วัน ศุกร์ 15.00 น.)	- รายงาน (วัน ศุกร์ 15.00 น.)	- รายงาน (วัน ศุกร์ 15.00 น.)	รายงานทุกวัน (15.00 น.)	- กรม อนามัย /กรม ควบคุม โรค/ กรมการ แพทย์/ สป.
	-	-	- ประสาน หน่วยงานที่ มีกลุ่มเสี่ยง (ศพด./ สถานศึกษา ) ลดการทำ กิจกรรม กลางแจ้ง	- ประสาน หน่วยงานที่มี กลุ่มเสี่ยง (ศพด./ สถานศึกษา) งดกิจกรรม กลางแจ้ง หรือ งดการเรียน การสอน (หาก จำเป็น)	ประสานงด กิจกรรม กลางแจ้งที่ใช้ แรงมาก (วิ่ง / ก่อสร้าง) ประสาน หน่วยงานที่ มีกลุ่มเสี่ยง (ศพด./ สถานศึกษา ) งด กิจกรรม กลางแจ้ง หรืองดการ เรียนการ สอน (หาก จำเป็น)	- สสจ./กทม. - กรม อ.
ส่งเสริมและ ขับเคลื่อน พรบ.การ สาธารณสุข พ.ศ. 2535	- ควบคุม กิจการที่ ปล่อยฝุ่น ละออง	- ควบคุม กิจการที่ ปล่อยฝุ่น ละออง - สนับสนุน ท้องถิ่นใน การออก	- ควบคุม กิจการที่ ปล่อยฝุ่น ละออง - สนับสนุน ท้องถิ่นในการ ออก	- สนับสนุน ประกาศพื้นที่ ควบคุมเหตุ รำคาญ		- สสจ./กทม. - กรม อ.

แนวปฏิบัติ	ระดับ 1 <37.5 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 2 37.6 – 50 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 3 51 - 75 มคก./ลบ.ม.	ระดับ 4		หน่วยงาน รับผิดชอบ
				76 – 150 มคก./ลบ.ม.	>150 มคก./ลบ. ม. ขึ้นไป	
		ข้อบัญญัติ งดการเผา ในพื้นที่	ข้อบัญญัติ งดการเผา ในพื้นที่			
ส่งเสริมและ ขับเคลื่อน พรบ.โรคจาก การประกอบ อาชีพและ สิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562	-	-	-	-		- สสจ./กทม. - สคร. - คร.
ส่งเสริม องค์กรลด มลพิษ	- จัดทำแผน และสื่อสาร มาตรการลด มลพิษใน องค์กร	- ตรวจวัด ควันดำรถ ราชการ หากไม่ เป็นไปตาม เกณฑ์ที่ กำหนดให้ ปรับปรุง ก่อน นำมาใช้ งาน - รณรงค์ Big Cleaning	- งดการเผาใน สถานที่ ราชการ - Carpool	- WFH โดยเฉพาะ กลุ่มเสี่ยง		- ทุก หน่วยงาน
ควบคุมเตาเผา มูลฝอยติดเชื้อ ของ สถานพยาบาล	- ประสาน สถานพยาบาล ให้ตรวจสอบ เตาเผา		- สนับสนุน กำกับ ตรวจสอบ เตาเผา มูลฝอย ติดเชื้อ			- รพ. - สสจ. - กรม อ.

## การตรวจสุขภาพอาสาสมัครดับไฟ

ขั้นตอนการคัดกรองสุขภาพอาสาที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นควัน

ประจำปีงบประมาณ 2566 จังหวัดเชียงใหม่



## แนวทางการตรวจประเมินสุขภาพอาสาป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟฟ้าและฝุ่นควัน

### การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น

- อายุไม่เกิน 65 ปี
- ดัชนีมวลกายต้องไม่เกิน 35 กก/ตารางเมตร
- ความดันโลหิต ต้องไม่เกิน 160/100 มม.ปรอท
- อัตราชีพจร อยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที ร่วมกับไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะทุกกรณี(arrhythmia) หรือ 40-59 ครั้ง/นาที ร่วมกับ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (sinus bradycardia) หรือ 101-120 ครั้ง/นาที ร่วมกับ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ (sinus tachycardia)
- สมรรถภาพการได้ยินเสียง ใช้งานได้ดีปกติ (Finger rub test or whispered voice test)
- ต้องไม่มีอยู่ในอาการเมาสูรา (ระดับแอลกอฮอล์ฮอลีในร่างกายต้องไม่เกิน 50 mg%)
- สุขภาพสตรีต้องไม่อยู่ในช่วงการตั้งครรภ์ (แนะนำตรวจ UPT ในรายที่สงสัย)

### ประวัติโรคสำคัญ

- ต้องไม่มีประวัติโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial infarction)
- ต้องไม่มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง (CVD)
- ต้องไม่ป่วยหรือมีอาการของโรคหืด (Asthma) หรือมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- ต้องไม่ป่วยหรือมีอาการของโรคถุงลมโป่งพอง(COPD) หรือมีประวัติเคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
- ต้องไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจอื่นๆ
- ต้องไม่มีอาการของโรคโลหิตจาง
- ต้องไม่มีประวัติภาวะเลือดออกง่าย



# แผนงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม

## กรณีมลพิษอากาศ สสจ.เชียงใหม่ ปีงบประมาณ2566

ตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 และ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

<b>เป้าหมาย (Goals)</b>	ประชาชนที่ได้รับหรืออาจจะได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแล เฝ้าระวัง ป้องกันและลดผลกระทบทางสุขภาพมีความตระหนักรอบรู้ด้านสุขภาพและป้องกันตนเองจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	<b>ตัวชี้วัด (KPI)</b>	<b>End Goal</b>	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการมีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน และลดผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน จากฝุ่นละออง PM <sub>2.5</sub>
			<b>Outcome</b>	อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และหรือโรคที่อาจเกี่ยวกับการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดใหญ่เกิน 2.5 ไมครอน (PM <sub>2.5</sub> ) ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

**สถานการณ์ (Gap)** สถานการณ์ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ ระหว่างเดือน มกราคม - พฤษภาคม ปี พ.ศ.2565 ถูกปกคลุมด้วยมลพิษหมอกควัน ประชาชนต้องเผชิญกับฝุ่นละอองขนาดเล็กเกินกว่าค่ามาตรฐาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนในวงกว้าง หลายคนที่ทำกิจกรรมกลางแจ้งขณะที่ฝุ่นเกินค่ามาตรฐาน การขาดแคลนหน้ากากป้องกัน ราคาสูง ทำให้จำนวนผู้ป่วย โรคทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น คริวเรือนมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นจากทั้งค่ารักษาพยาบาลและค่าซื้ออุปกรณ์ป้องกันมลพิษ

มาตรการ	สสจ.เชียงใหม่			หน่วยบริการสุขภาพ( รพศ. รพท. สสอ. รพ.สต.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพ		
	สื่อสาร แจ้งเตือน ป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพ	บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ	สื่อสาร แจ้งเตือน ป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพ	บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ
<b>กิจกรรมสำคัญ</b>	1. เฝ้าระวังสถานการณ์และแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ 2. เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3. สื่อสาร สร้างความรู้รอบรู้ และสร้างความเข้มแข็งของชุมชน และประชาชนเพื่อจัดการสุขภาพตนเอง 3.1 การวิจัยและพัฒนา 2 เรื่อง คือ 1) พัฒนาระบบติดตามHealth profile ด้านมลพิษอากาศและHL ประชา. จำนวน 2 แห่ง 2) การพัฒนาห้องปลอดฝุ่น และการลดผลกระทบต่อสุขภาพ ศพด. 3 แห่ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนความร่วมมือด้านการแพทย์ เวชภัณฑ์ต่างๆ วัสดุอุปกรณ์ด้านสาธารณสุข เพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน</li> <li>สนับสนุน และถ่ายทอดการดำเนินงานพื้นที่ปลอดภัยจากฝุ่นละออง (Safety Zone) รองรับผู้ป่วย และหรือผู้ใช้บริการทั่วไป</li> <li>สนับสนุนการจัดเตรียมระบบบริการตรวจสุขภาพอาสาสมัครดับไฟป่า ก่อน-หลังปฏิบัติการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เตรียมความพร้อม ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษอากาศ ปี 2566 (PHEOC) ในระดับ จังหวัด</li> <li>มอบอำนาจการบังคับใช้กฎหมาย เหตุรำคาญจากการเผาในที่โล่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>สื่อสาร แจ้งเตือนสถานการณ์ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM<sub>2.5</sub></li> <li>เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย 4 กลุ่มโรค</li> <li>กำหนดพื้นที่เสี่ยง ดำเนินการลดผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย 4 กลุ่มโรค PM<sub>2.5</sub></li> <li>ดำเนินการรณรงค์ เชิงรุกในทุกรูปแบบ เช่น ทีม 3 หมอเยี่ยมบ้าน อสม.เคาะประตูบ้าน หอกระจายข่าวชุมชน คลิป VDO, infographic อนามัยโพส ฯลฯ</li> <li>รายงาน แจ้งผลการดำเนินงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>จัดเตรียมห้องปลอดฝุ่นในสถานบริการ สอ. สถานที่มีกลุ่มเสี่ยง และ ประชาทั่วไป รวมถึงปิดคลินิกมลพิษใน รพ.</li> <li>บริการตรวจสุขภาพอาสาสมัครดับไฟป่า ก่อน-หลังปฏิบัติการ</li> <li>ประสานงาน อปท. ขอสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแก่กลุ่มเสี่ยง จัดระบบปฏิบัติเชิงรุกเพื่อดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบ (ทีม 3 หมอ/หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ลงเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพ /จัดหน่วยปฏิบัติการดูแลประชาชน)</li> <li>เตรียมความพร้อมระบบรักษา คัดกรองผู้ป่วย การบันทึก และรวบรวมสถิติโรคเกี่ยวกับ PM<sub>2.5</sub> และการส่งต่อผู้ป่วย ฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>เตรียมความพร้อม ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณี ผลกระทบจากมลพิษอากาศ ปี 2566 (PHEOC) ในระดับอำเภอ</li> <li>เป็นพี่เลี้ยง อปท.ในการออกข้อบังคับ และใช้กฎหมาย พรบ.ส. 2535 เหตุรำคาญ จากการเผาในที่โล่ง</li> </ul>

**หน่วยงานร่วมดำเนินการ** ระดับจังหวัด : กลุ่มระบอบคณาจารย์ และกลุ่มสื่อสารฯ สคร.1/ กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่อบจ./เทศบาล/อบต, สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สنج.ปภ.จังหวัด สวล.ภาคที่1 เชียงใหม่ ททท. สภาลมหายใจ สสส. ฯลฯ

**ระดับพื้นที่** : รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต. และ สสอ. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน ศพด. ศบช.PM2.5 อำเภอ ภาคประชาสังคม

Quick Win	ก่อนวิกฤต (ตค-ธค)	วิกฤต (มค-พค.)	หลังวิกฤต (มีย.-กย.)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>ประสานส่วนกลาง ศูนย์วิชาการ รับการชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ PM2.5 กำหนดพื้นที่เป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกัน (3-4 พย. ค.อนามัยที่ 1 ชม. และ 25 พย. สคร.1)</li> <li>ประสานงาน แจ้งแนวทางการดำเนินงานมาตรการเฝ้าระวังควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม ให้แก่ระดับอำเภอ (ดำเนินการ ธันวาคม 2565)</li> <li>ถ่ายทอดนโยบายการเตรียมความพร้อมในการดูแล รักษาและป้องกันสุขภาพเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง และสนับสนุนคู่มือ ความรู้ในการสื่อสารและแนวทางการจัดทำห้องปลอดฝุ่น การตรวจอาสาสมัครดับไฟ ระบบการรายงาน การวินิจฉัย ICD-10</li> <li>ดำเนินงานพื้นที่ปลอดภัยจากฝุ่นละออง (Safety Zone) รองรับผู้ป่วย ผู้ใช้บริการและประชา.</li> <li>จัดเตรียมระบบบริการตรวจสุขภาพอาสาสมัครดับไฟป่า ก่อน-หลังปฏิบัติการ</li> <li>เพิ่มเติมการคัดกรองผู้ป่วย การบันทึก และรวบรวมสถิติโรคเกี่ยวกับ PM<sub>2.5</sub> หน่วยบริการ (NCD, ER)</li> <li>กำกับ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่</li> <li>ด้านการวิจัยและพัฒนา : จัดเตรียมความพร้อมทางวิชาการ health Profile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำสถานการณ์เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM<sub>2.5</sub> เสนอผู้บริหารและประชาชนในพื้นที่</li> <li>สื่อสาร แจ้งเตือนสถานการณ์ค่าฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ การเจ็บป่วย 4 กลุ่มโรค</li> <li>กำกับติดตาม สถานการณ์ และรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานของทุกอำเภอ รายงานต่อ PHEOC พัฒนาค้นพื้นที่นำร่อง (โดย สสจ. ร่วมกับศูนย์ราชการ)</li> <li>จังหวัด พัฒนาศักยภาพ รพ./รพ.สต.เกี่ยวกับการจัดบริการอาชีวเวชกรรมโรคจากสิ่งแวดล้อมร่วมกับ NCD ER การคัดกรอง วินิจฉัย ให้รหัส และจัดทำสถิติข้อมูลโรคเกี่ยวกับ PM2.5 และการจัดทำ HL สำหรับประชาชน</li> <li>ติดตามและแนะนำในการจัด Health profile PM2.5 ประเมินความพร้อมรู้ HL ในประชาชนเป้าหมาย</li> <li>สรุปผลประเมินความพร้อมรู้ HL ในประชาชนเป้าหมาย (ก่อนดำเนินงาน)</li> <li>สร้างเสริมความพร้อมรู้ให้แก่บุคลากรในหน่วยบริการ และให้ความรู้ผ่านช่องทางการสื่อสารต่างๆ และประเมินความพร้อมรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย</li> <li>ประเมินมาตรฐานจัดบริการอาชีวเวชกรรมและติดตามประเมินคุณภาพข้อมูล (คัดกรอง วินิจฉัย ให้รหัส และจัดทำสถิติข้อมูลโรคเกี่ยวกับ PM<sub>2.5</sub> ในหน่วยบริการ</li> </ul>

หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนงานที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	<p><b>การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ</b> หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคลเชิงกลยุทธ์ เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแผนปฏิรูปประเทศ แผนปฏิรูปกำลังคนและภารกิจบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่การสรรหา คัดเลือก บรรจุ พัฒนา อำนวยรักษา และใช้ประโยชน์ ทรัพยากรบุคคลขององค์กร เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กรได้ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มุ่งเน้นการขับเคลื่อนเป้าหมายการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างของหน่วยงานตามแนวทางการใช้กำลังคนที่คณะกรรมการกำหนดเป้าหมายและนโยบายกำลังคนภาครัฐ (คปร.) กำหนด และแนวทางที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วยประเด็นการดำเนินการ 4 ประเด็นดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. มีข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ</b> หมายถึง มีการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่างที่ถูกต้องเป็นปัจจุบัน มีกระบวนการตรวจสอบข้อมูลตำแหน่งว่าง มีการวิเคราะห์ข้อมูลตำแหน่งว่างสำหรับใช้ในการกำหนดแผนการบริหารตำแหน่งที่สอดคล้องกับแผนความต้องการกำลังคนของเขตสุขภาพ</li> <li><b>2. มีแผนบริหารตำแหน่งว่าง</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด</li> <li>2. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย ณ วันที่ 1 ต.ค. 65 หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้จังหวัดดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่างและตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือกบรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุงการรับเลื่อน ฯลฯ โดยไม่รวมตำแหน่งว่างระหว่างปี เช่น เสียชีวิต ลาออก ตำแหน่งว่างจากการโอนไปส่วนราชการอื่น และตำแหน่งว่างจากการย้าย/การเลื่อน ไปจังหวัดอื่น ฯลฯ</li> <li>3. แผนบริหารตำแหน่งว่าง หมายถึง การกำหนดวิธีการ/กระบวนการ/ขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่ง ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การจัดสรรเพื่อคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น</li> </ol> </li> </ol>

	<p><b>3. มีการดำเนินการบริหารตำแหน่งว่างให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดตามแผน</b> หมายถึง การดำเนินการสรรหา คัดเลือก รวมทั้งการบริหารจัดการตำแหน่ง เช่น คัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ ฯลฯ ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ.กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของ สป.สธ./กระทรวง โดยจะต้องมีการบันทึกคำสั่งและข้อมูลลงในระบบสารสนเทศ เพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)</p> <p><b>4. ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด</b> หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ เมื่อเทียบกับจำนวนตำแหน่งทั้งหมดของข้าราชการและพนักงานราชการที่มีอยู่ ณ วันที่รายงานผล คงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย :							
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 66</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 67</td> <td style="width: 33%;">ปีงบประมาณ 68</td> </tr> <tr> <td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4</td> <td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4</td> <td>ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68					
ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4					
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ สร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ</li> <li>2. เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสุขภาพ</li> </ol>						
หน่วยงานเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ</li> <li>2. หน่วยงานในสังกัด (รพช. สสอ. รพ.สต.และ สอ.น)</li> </ol>						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)						
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล						
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือทั้งหมด (ข้าราชการ+พนักงานราชการ) ณ วันที่ รายงานผล						
รายการข้อมูล 1	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด(ข้าราชการ+พนักงานราชการ) ณ วันที่ 1 ต.ค.65						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4						

เกณฑ์การประเมิน ปี 2566 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 6	-	มีตำแหน่งว่างคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 4
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา แสนคำปิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรสาร : 053 211740
	2. นางสาวสุกัญญา เอี่ยมแดง โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053 211048		เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน โทรสาร : 053-211740
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่		
ผู้รับผิดชอบรายงานผล	นางรุ่งนภา แสนคำปิ่น ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ		

# โครงการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

นโยบาย ก.สธ.  
1. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

Big Rock  
ปฏิรูปเขตสุขภาพ (HR) การบริหารทรัพยากรบุคคล, การบริหารกรอบอัตรากำลัง

ตัวชี้วัด  
ร้อยละของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ / มาตรการ

กำหนดแนวทางการดำเนินงาน

ขับเคลื่อนและบูรณาการ

กำกับ ติดตาม และประเมินผล

กิจกรรมหลัก

1.1 กำหนดระยะเวลาในการบริหารจัดการ

1.2 การบริหารจัดการบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ

1.3 การกระจายอัตรากำลังที่เหมาะสม

2.1 บริหารกรอบอัตรากำลังตามระยะเวลาที่กำหนด

2.2 ดำเนินการสรรหา/คัดเลือก ให้ตอบสนองความต้องการของหน่วยงาน

3.1 ประเมินผลการดำเนินงาน

3.2 รายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมกรรมการบริหารจังหวัด

3.3 จัดระบบการสื่อสารที่สะดวก รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ระดับความสำเร็จ

รอบ 3 เดือน

- มีแผนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานบุคลากรทุกสายงาน
- มีข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้

รอบ 6 เดือน

- บริหารกรอบอัตรากำลังให้เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด
- พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
- พัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าและค่าตอบแทนบุคลากรทุกสายงาน

รอบ 9 เดือน

- บริหารกรอบอัตรากำลังให้เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด
- พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
- พัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าและค่าตอบแทนบุคลากรทุกสายงาน

รอบ 12 เดือน

- บริหารกรอบอัตรากำลังให้เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนด
- พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
- ประเมินผลการดำเนินงาน
- รายงานผลการดำเนินงาน

หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)		
แผนงานที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
โครงการที่	โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข		
ระดับการวัดผล	จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ		
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่ายุ่ และชุมชนสมานฉันท์</p> <p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงานสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 25	1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) 2. มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 30	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ระดับจังหวัด ร้อยละ 35
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ มีการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน		
หน่วยงานเป้าหมาย	หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่		
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล		
รายการข้อมูล	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ		
	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน		

เกณฑ์การประเมิน ปี 2566 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		-	-	-	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด ร้อยละ 25
วิธีการ ประเมินผล :	คณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ				
เอกสาร สนับสนุน :	เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางรุ่งนภา แสนคำปิ่น โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048		นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรสาร : 053-211740		
	2. นางจรรยาพรณ เย็นใจ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 053-211048		นักทรัพยากรบุคคล โทรสาร : 053-211740		
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล(ระดับ จังหวัด)	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				
ผู้รับผิดชอบ รายงานผล	นางรุ่งนภา แสนคำปิ่น ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ				

# โครงการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

นโยบาย  
ก.สธ.

1. พัฒนาสู่องค์กรสมรรถนะสูงและบุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีขึ้น

Big Rock

ปฏิรูปเขตสุขภาพ (HR) การบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด

ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์  
/  
มาตรการ

มาตรการที่ 1

สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริหารจัดการ

มาตรการที่ 2

บุคลากรมีสมรรถนะมีความสุขผูกพันองค์กร

มาตรการที่ 3

การสื่อสารภายในองค์กร เครือข่ายและประชาชนที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรม  
หลัก

- 1.1 กำหนดนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทุกสายงาน
- 1.2 พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร
- 1.3 พัฒนาเส้นทางวิชาชีพความก้าวหน้าและค่าตอบแทน

- 2.1 ขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขในหน่วยงาน

- 3.1 จัดระบบการสื่อสารที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- 3.2 ประเมินผลการดำเนินงาน
- 3.3 การรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน

ระดับ  
ความสำเร็จ

รอบ 3 เดือน

- 1. กำหนดนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทุกสายงาน
- 2. จัดทำแผนงาน/โครงการองค์กรสร้างสุข
- 3. พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานบุคลากรทุกสายงาน
- 4. พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
- 5. พัฒนาเส้นทางความก้าวหน้าและค่าตอบแทน

รอบ 6 เดือน

- 1. ขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสร้างสุข
- 2. ดำเนินการตามนโยบาย/แผนงาน/โครงการที่กำหนด
- 3. จัดระบบการสื่อสารที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- 4. รายงานผลการดำเนินงานรอบ 6 เดือน

รอบ 9 เดือน

- 1. ดำเนินการตามนโยบายแผนงานโครงการที่กำหนด
- 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรสร้างสุขในหน่วยงาน
- 3. จัดระบบการสื่อสารที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

รอบ 12 เดือน

- 1. ประเมินผลการดำเนินงาน
- 2. ติดตามความก้าวหน้าและรายงานผลการดำเนินงาน
- 3. คัดเลือกองค์กรสร้างสุขระดับจังหวัด



หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	58. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 58.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 58.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน</p> <p>อัตราส่วนทางการเงิน ที่ใช้ในการคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio: CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>2. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio: QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยสินค้างเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>3. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio: Cash) = (เงินสด + รายการเทียบเท่าเงินสด + เงินฝากประจำ) หารด้วยหนี้สินหมุนเวียน</li> <li>4. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital: NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน</li> <li>5. กำไรสุทธิ (Net Income: NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย</li> </ol> <p>เกณฑ์ในการให้คะแนน หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม มี 7 ข้อย่อย ข้อละ 1 คะแนน ผลรวมสูงสุด เท่ากับ 7 คะแนน หมายถึงหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7 รองลงมา 6 คะแนน หมายถึง หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 <math>CR &lt; 1.5</math></li> <li>1.2 <math>QR &lt; 1.0</math></li> <li>1.3 <math>Cash &lt; 0.8</math></li> </ol> </li> <li>2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) <math>NWC &lt; 0</math></li> <li>2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่ายรายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) <math>NI &lt; 0</math></li> </ol> </li> <li>3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวกและมี NI ติดลบ) <ol style="list-style-type: none"> <li>A ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด <math>&gt; 6</math> เดือน</li> <li>B ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ <math>&gt; 3</math> เดือน ไม่เกิน 6 เดือน</li> <li>C ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ <math>&lt;</math> หรือ <math>= 3</math> เดือน</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

	<p>3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ และมี N เป็นบวก)</p> <p>A ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก &gt; 6 เดือน</p> <p>B ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก &gt; 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน</p> <p>C ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก &lt; หรือ = 3 เดือน</p> <p>การจัดกลุ่มหน่วยบริการ ที่ประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน นำผลรวมคะแนน (0-7 คะแนน) มาจัดกลุ่มโดยเรียงลำดับการเกิดวิกฤตทางการเงินจากระดับน้อยไปมาก แต่ระดับมีความหมายดังนี้</p> <p>ระดับ 0-1 ปกติ</p> <p>ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้น ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้น ภายหลัง 3 เดือน</p> <p>ระดับ 4 คาดว่าจะประสบปัญหา ภายหลัง 6 เดือน</p> <p>ระดับ 5 คาดว่าจะประสบปัญหา ภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสบปัญหา ภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p><u>การขับเคลื่อนมาตรการการเงินการคลัง ปี 2566 ระดับประเทศ</u></p> <p>มาตรการที่ 1: พัฒนาระบบบัญชีบริหาร( Accounting )</p> <p>มาตรการที่ 2: การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)</p> <p>มาตรการที่ 3: พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพและด้านหลักประกันสุขภาพ ( Competency)</p> <p>มาตรการที่ 4: เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)</p> <p>มาตรการที่ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency) ทั้งนี้ การดำเนินงานระดับจังหวัด อ้างอิงมาตรการเดียวกับระดับประเทศ</p>			
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>				
ระดับวิกฤต	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69
7	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2
6	≤ ร้อยละ 4	≤ ร้อยละ 4	≤ ร้อยละ 4	≤ ร้อยละ 4
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการ</li> <li>2. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ</li> <li>3. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประสานในการสนับสนุนหน่วยบริการ</li> </ol>			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเชียงใหม่			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) รายไตรมาส			

แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 หรือ ระดับ 6
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ ทั้งหมด (หน่วยบริการที่จัดส่งรายงานงบทดลอง)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส

## เกณฑ์การประเมิน

ปี 2566 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

ปี 2567 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

ปี 2568 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4

ปี 2569 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 0 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 0	ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 1 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 2	ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 ≤ ร้อยละ 2 ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4		
วิธีการประเมินผล	การวัด/วิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน	รายงานสถานการณ์หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2563	2564	2565
หน่วยบริการ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข ในจังหวัดที่ประสบ ภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7	ร้อยละ	<b>ระดับ 7</b> -ไตรมาส 1-2 ร้อยละ 0 -ไตรมาส 3 ร้อยละ 4.16 -ไตรมาส 4 ร้อยละ 16.66 <b>ระดับ 6</b> ไตรมาส 4 ร้อยละ 16.66	<b>ระดับ 7</b> -ไตรมาส 1-2 ร้อยละ 0 -ไตรมาส 3 ร้อยละ 4.16 -ไตรมาส 4 ร้อยละ 0 <b>ระดับ 6</b> -ไตรมาส 1-2 ร้อยละ 4.16 -ไตรมาส 3 ร้อยละ 8.33 -ไตรมาส 4 ร้อยละ 16.66	<b>ระดับ 7</b> -ไตรมาส 1-4 ร้อยละ 0 <b>ระดับ 6</b> -ไตรมาส 1-4 ร้อยละ 0	
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. ร.ต.ท.หญิงพรพิมล การญาณ กลุ่มงานประกันสุขภาพ 2. นางบุญยานุช กันทะวงศ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ 3. นางบุษบา จันทร์แก้ว กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงิน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทร. 053-211048				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางบุญยานุช กันทะวงศ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โทร. 053-211048				

หน่วยงานหลัก : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

หน่วยงานรับผิดชอบ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ


หน่วยงานร่วม : กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานการเงิน)

### การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

#### (Financial Management)


เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 25 แห่ง KPI : ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 ≤ร้อยละ 2 (0 แห่ง) ,ระดับ 6 ≤ร้อยละ 4 (1 แห่ง)				
สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน	- ภาวะวิกฤตทางการเงิน ปี 2563-2565 ระดับ 7=ร้อยละ 16.66 ,0 และ 0 /ระดับ 6 ร้อยละ 16.66 ,16.66 และ 0 ตามลำดับ ,ระดับวิกฤตสูงสุดคือ ระดับ 2 (5 แห่ง) หน่วยบริการมีเงินบำรุงคงเหลือ(หักหนี้แล้ว) เป็นบวก = 10 แห่ง (ภาพรวมจังหวัด + 487 ลบ.) - ด้านประสิทธิภาพตามเครื่องมือทางการเงิน ปี 2565 เกณฑ์ 7 Plus ผ่านเกณฑ์ 1 แห่ง (ร้อยละ 4.17) ,TPS หน่วยบริการส่วนใหญ่(ร้อยละ 33.33) ระดับ C (พอใช้) /ระดับ A = 3 แห่ง (ฝาง, สันทราย และ ฮอด) /ระดับ F (ไม่ผ่าน) = 3 แห่ง				
มาตรการ (Value chain)	มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting)	มาตรการที่ 2 การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting)	มาตรการที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพและด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency)	มาตรการที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร ด้านการเงินการคลัง (Division of regional health)	มาตรการที่ 5 ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency)
กิจกรรมหลัก (Key Activity)	1.1 พัฒนาระบบการตรวจสอบบัญชีของหน่วยบริการ (เพิ่มรายการตรวจสอบ) 1.2 พัฒนาแนวทางการส่งข้อมูลทางบัญชีของหน่วยบริการ (รูปแบบการส่ง, ระบบการรับ-ส่งภายในหน่วยบริการ)	2.1 สนับสนุน/ปรับเกลี่ยเงิน UC ให้หน่วยบริการ (ต้นปี/ระหว่างปี) 2.2 บริหารจัดการหนี้ค้ำรักษาฯ ระหว่างหน่วยบริการ ภายในจังหวัด 2.3 บริหารจัดการเงินทุกกองทุนของหน่วยบริการ ในภาพรวมจังหวัด	3.1 พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชี /ด้านจัดเก็บรายได้หน่วยบริการ (จังหวัด/เขต) 3.2 พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลังแก่ CFO หน่วยบริการ (จังหวัด/เขต) 3.3 สร้างและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงด้านการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ ระดับNode /เครือข่ายหน่วยบริการ 3.4 พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงNodeนักบัญชี และสร้างความเข้มแข็งเครือข่ายนักบัญชี	ระดับเขต	5.1 ประชุม CFO จังหวัด ทุก 2 เดือน 5.2 สนับสนุนให้ใช้ระบบสารสนเทศ/โปรแกรมในการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ 5.3. นิเทศ ติดตาม หน่วยบริการที่มีความเสี่ยงทางการเงิน / ด้านประสิทธิภาพ
ระดับความสำเร็จ (small success)	ไตรมาสที่1 - ระดับ 7 ≤ร้อยละ 0 - ระดับ 6 ≤ร้อยละ 0	ไตรมาสที่2 - ระดับ 7 ≤ร้อยละ 0 ,ระดับ 6 ≤ร้อยละ 0 - ผ่านเกณฑ์ 7plus ≥ ร้อยละ 50	ไตรมาสที่3 - ระดับ 7 ≤ร้อยละ 1 ,ระดับ 6 ≤ร้อยละ 2 - ผ่านเกณฑ์ 7plus ≥ ร้อยละ 80	ไตรมาสที่4 - ระดับ 7 ≤ร้อยละ 2 ,ระดับ 6 ≤ร้อยละ 4 - ผลTPS ไม่มีระดับ D และ F	

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	<p>54. ร้อยละของอำเภอที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</p> <p>54.1 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี</p> <p>54.2 ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</p>
คำนิยาม	<p><b>ดิจิทัลไอดี</b> (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองแม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p><b>ระบบ Identity provider (IdP)</b> หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข (บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มพร้อมพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p>*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions) Development Agency: ETDA ตาม “ประกาศขอเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการ พิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล”</li> <li>2. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาล ดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วยแนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐแล้ว</li> </ol> <p><b>บุคลากรสาธารณสุข</b> หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้นลูกจ้างรายคาบ / รายวัน/ จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)</p>

	<p><b>ประชาชน</b> หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด ทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 เมษายน 2565)</p>			
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>				
<p>รายการ</p>	<p>ปีงบประมาณ 66</p>	<p>ปีงบประมาณ 67</p>	<p>ปีงบประมาณ 68</p>	<p>ปีงบประมาณ 69</p>
<p>บุคลากรสาธารณสุข</p>	<p>≥ ร้อยละ 80</p>	<p>≥ ร้อยละ 85</p>	<p>≥ ร้อยละ 90</p>	<p>≥ ร้อยละ 95</p>
<p>ประชาชน</p>	<p>≥ ร้อยละ 25</p>	<p>≥ ร้อยละ 50</p>	<p>≥ ร้อยละ 60</p>	<p>≥ ร้อยละ 70</p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้คนไทยมีดิจิทัลไอดี สำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ</li> <li>2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบประเมินสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ บน Application (กรณีประชาชนที่ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สามารถแสดงประวัติการรักษาเฉพาะบุคคล ผ่านระบบ Electronic Medical Record หลังจากได้รับอนุญาตจากประชาชนเจ้าของข้อมูล)</li> <li>3. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวกและประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ</li> <li>4. ป้องกันความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่น เพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข</li> </ol>			
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. บุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุข ทุกจังหวัด (≥ ร้อยละ 80) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</li> <li>2. ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด (≥ ร้อยละ 25) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565)</li> </ol>			
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชน ผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือระบบอื่น ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่</p> <p>: <a href="https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/">https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/</a></p> <p>หรือ Scan QR Code</p> 			

แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ฐานข้อมูล ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีดิจิทัลไอดี ในจังหวัด				
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด				
รายการข้อมูล 3	A2 = ประชาชนในจังหวัดที่มีดิจิทัลไอดี				
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 54.1	$(A1/B1) \times 100$ *** ต้องผ่านร้อยละ 80 ของบุคลากรในจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 54.2	$(A2/B2) \times 100$ *** ต้องผ่านร้อยละ 25 ของประชาชนในจังหวัด				
	<b>การประเมินตัวชี้วัด ต้องผ่านหลักเกณฑ์ทั้ง 2 ตัวชี้วัด</b>				
	รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ 6 เดือน	รอบ 12 เดือน	หลักเกณฑ์
	บุคลากรสาธารณสุข	$(A1/B1) \times 100$	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 80	ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ตัวชี้วัด
	ประชาชน	$A2/B2) \times 100$	≥ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 25	
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน และ 12 เดือน				
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี 2566 :</b> ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 1. ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี 2. ร้อยละ 25 ของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
บุคลากรสาธารณสุข	-	≥ ร้อยละ 50	-	≥ ร้อยละ 80	
ประชาชน	-	≥ ร้อยละ 10	-	≥ ร้อยละ 25	
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข				



<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<p>คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดี : <a href="https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/">https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/</a></p> <p>หรือ Scan QR Code</p> 																			
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<table border="1"> <tr> <td>Baseline data</td> <td>หน่วยวัด</td> <td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td>ดิจิทัลไอดี</td> <td>ร้อยละ</td> <td>2563</td> <td>2564</td> <td>2565</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ	2563	2564	2565			-	-	-				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
ดิจิทัลไอดี	ร้อยละ	2563	2564	2565																
		-	-	-																
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>นายวรวิทย์ โฉมวิชรกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ</li> <li>นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></li> <li>นายยุทธนา ตาสฎา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></li> <li>นายนคร ธรรมโห๊ะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></li> </ol> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>																			
<b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></li> <li>นายยุทธนา ตาสฎา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></li> <li>นายนคร ธรรมโห๊ะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></li> </ol> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>																			

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>4. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>5. นายยุทธนา ตาสุภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>6. นายนคร ธรรมโห๊ะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
---	---

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล ( Governance Excellence )
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	55. อำเภอที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ "5 บริการการแพทย์ทางไกล Telahealth/ Telemedicine" บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุ ในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จาก รหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)</p> <p>โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้อง ดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 3 จังหวัด และอย่างน้อยจังหวัดละ 3 โรงพยาบาล</li> <li>2. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</li> <li>2.2 มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายในหรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพ ดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาลแนบท้าย)</li> <li>2.3 มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth</li> <li>2.4 มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน</li> <li>2.5 มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยรวมอยู่ในระบบบริการ</li> </ol> </li> <li>3. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ</li> </ol>

เกณฑ์เป้าหมาย				
<ul style="list-style-type: none"> <li>● กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</li> <li>● ปีงบประมาณ 68-70 คำนวณร้อยละจำนวนครั้งการมารับบริการการแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการมารับบริการทุกประเภท ตามรหัสมาตรฐานแพ้ม Service(14). รหัสประเภทการมารับบริการ</li> </ul>				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
เขตสุขภาพละ อย่างน้อย 3 จังหวัด จังหวัดละ 3 รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่ น้อยกว่า 3,500 ครั้ง	เขตสุขภาพละ อย่างน้อย 4 จังหวัด จังหวัดละ 5 รพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่ น้อยกว่า 5,500 ครั้ง	ครบทุกจังหวัดทุกพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อย กว่าร้อยละ 40 ของ จำนวนครั้งของการ มารับบริการทุก ประเภท	ครบทุกจังหวัดทุกพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อย กว่าร้อยละ 50 ของ จำนวนครั้งของการ มารับบริการทุก ประเภท	ครบทุกจังหวัดทุกพ. มีการให้บริการ การแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมาย จังหวัดละไม่น้อย กว่าร้อยละ 60 ของ จำนวนครั้งของการ มารับบริการทุก ประเภท
<b>วัตถุประสงค์</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น</li> </ol>			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย</li> <li>2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2568 - 2570</li> </ol>			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Health Data Center <a href="https://hdcservice.moph.go.th">https://hdcservice.moph.go.th</a></li> <li>2. ประสานใช้ข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมาย จาก สปสช.</li> </ol>			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/ Telemedicine”) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 โรคความดัน โลหิตสูง I10-I15			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-10 E10-E14 โรคความดัน โลหิตสูง I10-I15			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	<p>ปี 2566 – 2567 = A</p> <p>ปี 2568–2570 = (A/B)x100</p>			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ทุก 6 เดือน			

## เกณฑ์การประเมิน :

## ปี 2566

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ.เป้าหมาย(เขตสุขภาพละอย่างน้อย 3 จังหวัดๆ ละ อย่างน้อย 3 รพ.) มีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากร และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	รพ. เป้าหมายของเขตสุขภาพ มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง

## ปี 2567

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ.เป้าหมาย(เขตสุขภาพละอย่างน้อย 4 จังหวัดๆ ละ อย่างน้อย 5 รพ.) มีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากรและเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	รพ. เป้าหมายของเขตสุขภาพ มีจำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละ ไม่น้อยกว่า 5,500 ครั้ง

## ปี 2568

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	รพ.ทุกแห่งมีการเตรียมพร้อมระบบสารสนเทศและบุคลากร และเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล ในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 40

## ปี 2569

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 45	-	จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

## ปี 2570

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 55	-	จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มเป้าหมายจังหวัดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

<b>วิธีการประเมินผล</b>	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด 2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่าย 3. การติดตามผ่านกองตรวจราชการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ <a href="https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43File_Structure-020364.pdf">https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43File_Structure-020364.pdf</a> หรือลิงกย่อ <a href="https://moph.cc/h0DBTprMn">https://moph.cc/h0DBTprMn</a>				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>2563</b>	<b>2564</b>	<b>2565</b>
	จำนวนครั้งของการมารับบริการ การแพทย์ทางไกล	จำนวน	-	-	เฉลี่ยจังหวัด (นำร่อง) จังหวัดละ 800 ครั้ง
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	1. นายวรวิทย์ ไชวชกรกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 2. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a> 3. นายยุทธนา ตาสุภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a> 4. นายนคร ธรรมโห้ะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a> งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่				

<p><b>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล</b></p>	<p>1. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>2. นายยุทธนา ตาสูภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>3. นายนคร ธรรมโฑะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>1. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>2. นายยุทธนา ตาสูภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>3. นายนคร ธรรมโฑะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>

หมวด	ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	12. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพแห่งชาติ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	<p><b>คุณภาพข้อมูล</b> หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์</p> <p>การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center ) ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid)</li> <li>2. ข้อมูลเพศ (sex)</li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (nation)</li> <li>4. ข้อมูลวันเกิด (birth)</li> <li>5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge)</li> </ol> <p>โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย</li> </ul> </li> <li>2. ข้อมูลเพศ (sex) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน</li> </ul> </li> <li>3. ข้อมูลสัญชาติ (nation) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าวต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย</li> </ul> </li> <li>4. ข้อมูลวันเกิด (birth) <ul style="list-style-type: none"> <li>- เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบและไม่เกิน 120 ปี</li> </ul> </li> <li>5. ข้อมูลสถานะ (discharge) <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรงตามรหัสมาตรฐาน</li> <li>- กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น ระยะเวลาในการประเมินผล : ประเมินทุกวันทั้ง 1 ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น 1 ธันวาคม ,1 มีนาคม ,1 มิถุนายน และ 1 กันยายน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย</li> </ul> </li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)</li> <li>2. ความสอดคล้อง (Consistency)</li> <li>3. ความครบถ้วนสมบูรณ์ (Completeness)</li> <li>4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)</li> </ol>



เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
<b>วัตถุประสงค์</b>	1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ			
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ) Health Data Center:HDC (ของจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการโดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
<b>แหล่งข้อมูล</b>	1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center : HDC ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
<b>รายการข้อมูล 1</b>	A = จังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ			
<b>รายการข้อมูล 2</b>	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด			
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	คุณภาพข้อมูล = $A/B \times 100$			
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	3, 6, 9 และ 12 เดือน			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
ปี 2566 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงานการจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2566 -จากฐานข้อมูล Health Data Center ) HDC (กระทรวงสาธารณสุขประเมินรายหน่วยบริการ) - จากผลการสำรวจข้อมูลหน่วยบริการโดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แห่งของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 ( <a href="http://:spd.moph.go.th/healthdata/">http://:spd.moph.go.th/healthdata/</a> )			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2564	2565	2566
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ	74.21	73.19	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายวรวุฒิ โฉมวีชรกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ</p> <p>2. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>3. นายยุทธนา ตาสูภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>4. นายนคร ธรรมโฑะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>1. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>2. นายยุทธนา ตาสูภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>3. นายนคร ธรรมโฑะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</p>	<p>1. นายสินสมุทร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>2. นายยุทธนา ตาสุภา นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>3. นายนคร ธรรมโห๊ะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-532 1-1048-50 โทรสาร : 0-5321-1740 E-mail : <a href="mailto:cmpho.it@gmail.com">cmpho.it@gmail.com</a></p> <p>งานเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่</p>
---	---

## โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ จังหวัดเชียงใหม่

<b>นโยบาย ก.สธ.</b>	1. การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสู่ยุคดิจิทัล 2. พัฒนาคุณภาพข้อมูล		<b>เป้าหมาย (Goals)</b>	1. ประชาชนไทยมีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ 2. บริการการแพทย์ทางไกล ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลประชากร HDC มีคุณภาพตามเกณฑ์	
<b>ตัวชี้วัด</b>	1. ร้อยละ 80 ของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี 2. ร้อยละ 25 ของประชาชนมีดิจิทัลไอดี		3. ร้อยละ 3 ของโรงพยาบาลมีการให้บริการการแพทย์ทางไกล 4. มีการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง		5. ร้อยละ 80 ของข้อมูล HDC มีคุณภาพตามเกณฑ์
<b>ยุทธศาสตร์/ มาตรการ</b>	มาตรการที่ 1 Registration Digital ID Center		มาตรการที่ 2 ติดตั้งระบบ Telemedicine		มาตรการที่ 3 ติดตามคุณภาพข้อมูล HDC ทุกไตรมาส
<b>กิจกรรม หลัก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมการติดตั้งและการใช้โปรแกรมในการลง Digital ID</li> <li>- ติดตั้งจุดบริการลงทะเบียน Digital ID ในทุกหน่วยบริการ</li> <li>- ติดตามการลงทะเบียนให้ได้ตามเป้าหมาย</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตั้งการเชื่อมโยงระบบ CMHIS ทุกโรงพยาบาล</li> <li>- อบรมการใช้โปรแกรม CMHIS Telemedicine ทุกโรงพยาบาล</li> <li>- จัดทำ Dashboard แสดงจำนวนครั้งในการให้บริการ Telemedicine</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- อบรมการใช้โปรแกรม JHCIS/HIS หน่วยบริการให้สามารถลงข้อมูลได้อย่างถูกต้อง</li> <li>- มุ่งเน้นความถูกต้อง ความสอดคล้อง ความครบถ้วน และความทันเวลาของข้อมูลประชากร</li> </ul>
<b>ระดับความสำเร็จ</b>	<b>รอบ 3 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพข้อมูล HDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> </ul>	<b>รอบ 6 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการลงทะเบียน Digital ID ของบุคลากรสาธารณสุข มากกว่าร้อยละ 50</li> <li>- อัตราการลงทะเบียน Digital ID –องประชาชน มากกว่าร้อยละ 10</li> <li>- โรงพยาบาลที่เตรียมพร้อมระบบสารสนเทศ บุคลากรและเปิดให้บริการการแพทย์ทางไกล อย่างน้อย 3 แห่ง</li> <li>- อัตราการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพข้อมูล HDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</li> </ul>	<b>รอบ 9 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพข้อมูล HDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90</li> </ul>	<b>รอบ 12 เดือน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการลงทะเบียน Digital ID ของบุคลากรสาธารณสุข มากกว่าร้อยละ 80</li> <li>- อัตราการลงทะเบียน Digital ID –องประชาชน มากกว่าร้อยละ 25</li> <li>- โรงพยาบาลเป้าหมายมีจำนวนครั้งการรับบริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่า 3,500 ครั้ง</li> <li>- อัตราการผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพข้อมูล HDC ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95</li> </ul>	

**ภาคผนวก**



ลำดับที่...../วคป.....

แบบคัดกรองสุขภาพสำหรับอาสาที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นควัน

จังหวัดเชียงใหม่

**ส่วนที่ 1 ของผู้เข้ารับการคัดกรองสุขภาพ**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขที่บัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทาง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์หมายเลข.....

ข้อมูลสุขภาพ : กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ตามความเป็นจริง

มีโรคประจำตัวหรือเคยป่วยหรือป่วยด้วยโรค ดังนี้

1. ท่านเคยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหลอดเลือดหัวใจตีบหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  2. ท่านเคยเป็นโรคคลื่นหรือผนังหัวใจตีบหรือรั่วหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  3. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจโตหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  4. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  5. ท่านเคยเป็นโรคหัวใจชนิดอื่นๆหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  6. ท่านเคยเป็นโรคหอบหืดหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  7. ท่านเคยเป็นโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรังหรือโรคถุงลมโป่งพองหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  8. ท่านเคยเป็นโรคปอดชนิดอื่นๆหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  9. ท่านเคยเป็นโรคลมชักหรือมีอาการชักหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  10. ท่านเคยเป็นโรคเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวผิดปกติหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  11. ท่านเคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  12. ท่านเคยเป็นโรคจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภทหรือไม่  ไม่เคย  เคย
  13. ท่านเป็นโรคเบาหวาน และใช้ยาฉีดอินซูลินหรือไม่  ไม่ใช่  ใช่
  14. ท่านเคยเป็นโรคหรือมีอาการเลือดออกง่ายหรือไม่  ไม่เคย  เคย
- (กรณียาละลายลิ่มเลือด : ท่านใช้ยาละลายลิ่มเลือด;Wafarin อยู่หรือไม่  ไม่ใช่  ใช่)
15. เฉพาะคนทำงานเพศหญิง – ขณะนี้ท่านตั้งครรภ์หรือไม่  ไม่ตั้งครรภ์  ตั้งครรภ์
  16. อื่นๆ ระบุโรค.....
- ไม่มีโรคประจำตัว

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่แจ้งข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้ายินยอมให้เปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้า เพื่อประโยชน์ด้านความปลอดภัยในการร่วมปฏิบัติการอาสาป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นควันของข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....

ผู้เข้ารับการตรวจสุขภาพ



ลำดับที่...../วตป.....

แบบคัดกรองสุขภาพอาสาป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นควัน

**ส่วนที่ 2 ของเจ้าหน้าที่**

ตรวจที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจร่างกาย นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

ที่อยู่.....โทรศัพท์หมายเลข.....

เมื่อ (วัน/เดือน/ปี).....มีรายละเอียดดังนี้

น้ำหนักตัว.....กก. ความสูง.....ซ.ม. ดัชนีมวลกาย.....กก/ม<sup>2</sup>

ความดันโลหิต.....มม.ปรอท ชีพจร.....ครั้ง/นาที  สม่่าเสมอ  ไม่สม่่าเสมอ

**ผลการตรวจร่างกาย**

เยื่อบุตา(Conjunctival)  ไม่พบความผิดปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ).....

เสียงการเต้นหัวใจ(Heart)  ไม่พบความผิดปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ).....

เสียงการหายใจ(Lung)  ไม่พบความผิดปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ).....

การคัดกรองการได้ยินด้วย Finger rub test หรือ whisper voice test  ปกติ  ผิดปกติ

(ระบุ).....สภาพร่างกายทั่วไปจากการตรวจร่างกายภายนอก  ไม่พบความผิดปกติ

ผิดปกติ

ข้อแนะนำ.....

.....

....

ลงชื่อ.....

เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน

**ข้อควรระวัง**

การปฏิบัติงานอาสาที่ปฏิบัติหน้าที่ป้องกันและแก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นควันจัดเป็นงานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของอาสาสมัครได้ ควรจัดให้มีอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่เหมาะสม

## เอกสารแนบ

## การรายงานณรงค์เชิงรุก

แบบรายงานผลการดำเนินงานณรงค์ป้องกัน การแก้ปัญหาหมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก ในพื้นที่เชิงรุก (เก็บไว้ที่หน่วยงาน) เนื้อและภาพประกอบส่งไปยังระบบรายงาน สครที่ 1 เชียงใหม่

รายงานกิจกรรมที่<http://1.10.141.27/epidpc10/authen/login.php>

ลำดับ	ชื่อสถานบริการ ระบุ	ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวการแจ้งเตือนสถานการณ์และการป้องกันตนเอง		อสม.เคาะประตูบ้าน สู้ควันไฟ เพื่อลมหายใจของทุกคน		
		จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน (แห่ง)	ความถี่ในการประชาสัมพันธ์ (ครั้ง)	จำนวนผู้ที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (คน)	แจ้งข่าวสาร/ให้ความรู้ (คน)	ส่งต่อและแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (คน)
	รวม					



รหัสเข้าระบบรายงาน กิจกรรม ทุกครั้งที่ดำเนินงาน  
อำเภอ รพ. สสอ. รพ.สต. ใช้รหัสเดียวกัน

User name และ Password เพื่อเข้าระบบบันทึกข้อมูลออนไลน์ผู้ป่วยผลกระทบจาก			
หมอกควัน จังหวัดเชียงราย		Username=crai56	password=pv57
ลำดับที่	hospital	user name	password
1	เชียงรายประชานุเคราะห์	hos026	smog53
2	สมเด็จพระญาณสังวร	hos027	smog53
3	พระยุพราชเชียงใหม่	hos028	smog53
4	เทิง	hos029	smog53
5	พาน	hos030	smog53
6	ป่าแดด	hos031	smog53
7	แม่จัน	hos032	smog53
8	เชียงแสน	hos033	smog53
9	แม่สาย	hos034	smog53
10	แม่สรวย	hos035	smog53
11	เวียงป่าเป้า	hos036	smog53
12	พญาเม็งราย	hos037	smog53
13	เวียงแก่น	hos038	smog53
14	ขุนตาล	hos039	smog53
15	แม่ฟ้าหลวง	hos040	smog53
16	แม่ลาว	hos041	smog53
17	เวียงเชียงรุ้ง	hos042	smog53
18	ดอยหลวง	hos043	smog53

## เอกสารแนบ 2



## แบบรายงานสถานการณ์หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (ขณะเกิดภัย)

## ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ.....โทร.....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... เวลา .....น.

## ประเภทสารอันตราย

 หมอกควันและฝุ่นละอองขนาดเล็ก
  ไฟป่า
  อื่นๆ

(ระบุ).....

## การเปิดศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC)

ระดับจังหวัด  ไม่มี  มี เปิดเมื่อวันที่.....ปิดเมื่อวันที่.....ระดับอำเภอ  ไม่มี  มี (ระบุอำเภอ)..... เปิดเมื่อวันที่.....ปิดเมื่อวันที่.....

## 1.สถานการณ์และผลกระทบ

## 1.1 สถานการณ์ทั่วไป (จุดความร้อน/ ค่าเฉลี่ย 24 ชม ฝุ่นละอองขนาดเล็ก/สาเหตุและปัจจัยการเกิดปัญหา)

## 1.2 พื้นที่ผลกระทบ

ที่	อำเภอ	ตำบล	รายละเอียด	ประชาชนได้รับผลกระทบ		การประกาศตามแนวทางกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย		
				จำนวนคน	จำนวนครัวเรือน	ไม่มีการประกาศ	มีการประกาศเขตพื้นที่ประสบภัย	มีการประกาศเขตให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน
1								
2								

## 1.3 การจัดตั้งศูนย์พักพิง (ถ้ามี)

ที่	ชื่อ	รายละเอียด	จำนวนผู้รับบริการ	หมายเหตุ
1				
2				

## 1.4 ผลกระทบทางด้านชีวิต

	ด้านชีวิต	จำนวน (ราย)	รายละเอียด
1	เสียชีวิต		ระบุสาเหตุของการเสียชีวิต.....
2	ได้รับบาดเจ็บ		ระบุสาเหตุการได้รับบาดเจ็บ.....

## 2.การดำเนินการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

### 2.1 การดำเนินการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (ตาม 5มาตรการหลัก)

1) พัฒนารฐานข้อมูล เฝ้าระวังและแจ้งเตือนความเสี่ยงต่อสุขภาพ (พร้อมภาพกิจกรรมถ้ามี)

2) เฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ และสอบสวนโรคอย่างทันที่

➤ การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

ลำดับ	ตำบล	กลุ่มเสี่ยง (จำนวน)			
		กลุ่มเด็กเล็ก	กลุ่มผู้สูงอายุ	กลุ่มผู้ที่มีโรคประจำตัว	รวม
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

➤ การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ลำดับ	กลุ่มโรค	จำนวนผู้รับบริการในสถานพยาบาล คน/ครั้ง		
		แผนกฉุกเฉิน (ER)	แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)	รวม
1	กลุ่มโรคทางเดินหายใจ			
2	กลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตัน ขาดเลือด			
3	กลุ่มโรคตาอักเสบ (รวม)			
4	กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ (รวม)			
5	กลุ่มโรคอื่นๆ ระบุ.....			

ลำดับ	กลุ่มโรค	จำนวนผู้รับบริการสังกัดรพ.(คน)			จำนวนผู้รับบริการสังกัดใน รพ.สต.	
		ฉุกเฉิน (ER)	ผู้ป่วยนอก (OPD)	รวม	(คน)	รวม
1	กลุ่มโรคทางเดินหายใจ					
2	กลุ่มโรคหัวใจหลอดเลือดและสมองอุดตันขาดเลือด					
3	กลุ่มโรคตาอักเสบ (รวม)					
4	กลุ่มโรคผิวหนังอักเสบ (รวม)					
5	กลุ่มโรคอื่นๆ ระบุ.....					

### 3) ยกระดับความรู้และตอบโต้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ (พร้อมภาพกิจกรรมถ้ามี)

#### 4) ดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัยในพื้นที่เสี่ยง

##### ➤ คลินิกมลพิษ (ถ้ามี)

ที่	สถานที่	รายละเอียด	จำนวนผู้รับบริการ	หมายเหตุ
1				
2				

##### ➤ ห้องปลอดฝุ่น (ถ้ามี)

ที่	สถานที่	รายละเอียด	จำนวนผู้รับบริการ	เหตุผลของการ เข้าใช้บริการ โดยสรุป
1				
2				

### 5) มาตรการทางกฎหมาย (พร้อมภาพกิจกรรมถ้ามี)

## 2.2 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

## 2.3 แผนดำเนินงานต่อไป (ถ้ามี)

## 3.ความต้องการขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง

### 3.1 การขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนจากราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยกรณีฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงใหม่

- ไม่มีการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนจากราชการฯ
- มีการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนจากราชการฯ

**หมายเหตุ :** กรณีที่มีการขอรับการสนับสนุนเงินอุดหนุนจากราชการเพื่อช่วยเหลือผู้ประสบภัยกรณีฉุกเฉิน โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต. ต้องเป็นไป

ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด โดยต้องมีการประกาศเขตให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินระดับจังหวัด และ ต้องมีมติจากการประชุมคณะกรรมการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติจังหวัด (ก.ช.ภ.จ.) ให้ขอรับการสนับสนุนจากสสจ.เชียงใหม่

## 3.2 ความต้องการขอรับการสนับสนุนทรัพยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

รายการทรัพยากร	หน่วย	การสนับสนุนระดับหน่วยงาน		การขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลาง		คงคลัง (D) D=A-B+C	หมายเหตุ
		ทรัพยากรที่มีของหน่วยงาน (A)	ให้การสนับสนุนผู้ประสบภัย (B)	ขอรับการสนับสนุน (C)	ได้รับเมื่อ วันที่		
1. หน้ากาก N95 กรองฝุ่นละออง ขนาดเล็ก PM 2.5 และ PM 10	ชิ้น						
2. Disposable Maskกรองฝุ่น ละอองขนาดPM 10	ชิ้น						
3. Surgical Mask	ชิ้น						
4. ระบุ.....							

หมายเหตุ : ระบุผู้รับของ ชื่อ-สกุล ..... โทรศัพท์ .....

## 3.3 ความต้องการขอรับการสนับสนุนทีมปฏิบัติการด้านการแพทย์

ไม่ต้องการ

ต้องการ จำนวน.....ทีม

ลำดับ	ทีมปฏิบัติการ	สถานที่ให้บริการ
1		
2		

ผู้รายงาน ลงชื่อ.....  
ตำแหน่ง.....  
โทรศัพท์.....  
หน่วยงาน.....  
วันที่รายงาน.....



**\*\*กรุณาส่งแบบรายงานนี้ไปที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (ภายในเวลา ก่อน 12.00 น. ของทุกวัน)\*\***

ช่องทางรายงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

E-Mail: [env.chiangmaihealth@gmail.com](mailto:env.chiangmaihealth@gmail.com) ID โทรศัพท์: 0 5321 1740 (อัตโนมัติ)

หมายเลขติดต่อสำนักงาน: 0 5321 10478-50 ต่อ 124

ช่องทางการประสานงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

1.งานเฝ้าระวังระบบประเมินสถานการณ์ โทร. : 0 5321 10478-50 ต่อ 124

2.งานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โทร. : 0 5321 10478-50 ต่อ 401

3.งานระบบสำรองทรัพยากรและบำรุงกำลัง โทร 0 5321 10478-50 ต่อ 214

ช่องทางสอบถาม E-mail: [env.chiangmaihealth@gmail.com](mailto:env.chiangmaihealth@gmail.com) โทร. 0 2590 4000



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่



โทรศัพท์ : 053-211048-50



E-MAIL : EVALUATE.CM@GMAIL.COM