แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม





งานยุทธศาสตร์สุขภาพ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ 043-777972 ต่อ 313

วันที่ 22 ธันวาคม 2568

คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการมอบนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ โดยได้จัดทำแผนและรายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้กรอบ ๕ Excellences ๑๒ แผนงาน ๒๗ โครงการ และ ๓๖ ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานในกำกับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่แข็งแกร่ง เพิ่มรากฐานความมั่นคงทางสุขภาพ ให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น มีอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีที่ยืนยาวขึ้นภายใต้เป้าหมาย **“สานต่อ วางรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่ยั่งยืน”**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ สอดคล้องกับ (๑) แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙ กระทรวงสาธารณสุข (๒) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.๒๕๖๖-๒๕๘๐ (๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ (Sustainable Development Goals: SDGs) (๔) วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ คือ “คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วม ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง” เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าประสงค์สูงสุดที่ต้องการคือประชาชนจังหวัดมหาสารคามมีอายุเฉลี่ยยืนยาว สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑-๒๕๗๙

สำนักงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของจังหวัด ได้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๘ ของกลุ่มงานทุกกลุ่มงาน เมื่อวันที่ ๗-๘ ตุลาคม ๒๕๖๘ การประชุมทบทวนปรับ-ลดตัวชี้วัด แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ และการประชุมพิจารณาแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เมื่อวันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๘

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ ภายใต้ ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ (Excellence) ๑๓ แผนงาน ๒๙ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัดหลัก ประกอบด้วย

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)
(๔ แผนงาน ๕ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
(๔ แผนงาน ๑๕ โครงการ ๑๙ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
(๑ แผนงาน ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล
(Governance Excellence) (๓ แผนงาน ๖ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดหลัก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence
(๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดหลัก)

หวังว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนและพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูงสุด โดยมุ่งหวังให้บรรลุตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม หากท่านมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้โปรดแจ้งกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข จะเป็นพระคุณยิ่ง คณะทำงานพร้อมที่จะรับฟังข้อคิดเห็น เพื่อการปรับปรุงได้ดียิ่งขึ้น ในโอกาสต่อไป

คณะผู้จัดทำ
๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๘

๑. ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. นายแพทย์กัมพล เอี่ยมเกื้อกูล	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลบรบือ ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๓. นางสาวทักษิณา จิตเรืองไพโรจน์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรมป้องกัน) โรงพยาบาลนาเชือก ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๔. ทันตแพทย์วัฒนะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
๕. เภสัชกรบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
๖. นางพชรวรรณ คูสกุลรัตน์	รักษาการ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
๗. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๘. นางรุ่งเรือง แสนโกษา	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๙. นายประเสริฐ ไหลหาโคตร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๑๐. นางชมพูนุช พายุหะ	ประธานสมาคมแม่บ้านสาธารณสุขสาขามหาสารคาม
๑๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑๒. นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย
๑๓. เภสัชกรแฉล้ม รัตนพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๑๔. นางสุธิดา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล
๑๕. นางพิสมัย ศรีทำนา	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๑๖. นางรัติญา ประสาระเอ	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๑๗. ทันตแพทย์สุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
๑๘. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๙. นางดวงดาว ราตรีสุข	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๒๐. นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ	หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ
๒๑. นายเดชาชิต แก้วม่วง	หัวหน้ากลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์และสุขภาพ
๒๒. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
๒๓. นางอาภรณ์ ภูมี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๒๔. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง	หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๕. นายสุขสรร ศิริสุริยสุนทร	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๒๖. นางประคอง ยิ่งสิริสุข	รักษาการ หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

๒. ผู้รวบรวมเอกสาร

๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒. นางวิกิตตา อิ่มสำอางค์	นักสาธารณสุขชำนาญการ
๓. นางสาวรพีพร คำเจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๔. นางสาวฐิติยา ญาณพิบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

๓. ออกแบบปก

๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒. นางสาวฐิติยา ญาณพิบูลย์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

คำนำ ก
คณะที่ปรึกษา ค
คณะผู้จัดทำเอกสาร ง
สารบัญ จ
ส่วนที่ ๑ แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ ๑
๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙ ๒
๒. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙ ๓
๓. ประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ จำนวน ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๓ แผนงาน ๒๙ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด ๕
๔. นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙ ๗
๔.๑ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙ ๗
(นายพัฒนา พร้อมพัฒน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)
๔.๒ นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙ (นายวรโชติ สุคนธฺขจร) ๘
๔.๓ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ๘
(นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)
๔.๔ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ๑๐
(ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)
๕. นโยบายสำคัญประจำปี ๒๕๖๙ ๑๒
๖. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ๑๓
ส่วนที่ ๒ นิยามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙ ๒๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence) ๒๓
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ๒๔
โครงการที่ ๑. โครงการโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทย ทุกกลุ่มวัย ๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน* ๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย*และฟันดีไม่มีผุ ๒๖
๒.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ๒๖
๒.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ๒๖
๒.๓ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ๒๖
๒.๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ๒๖

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

๒.๕ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ๒๖
๒.๖ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๕ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ๓๖
๒.๗ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ๒๖
๒.๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ๒๖
๒.๙ ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง ๒๖
๒.๑๐ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ๓๘
๒.๑๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน ๔๑
๒.๑๒ ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ๓๘
๒.๑๓ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ๔๓
๒.๑๔ ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ๔๕
๒.๑๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ ๔๖
๒.๑๖ ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๔.๕ ๕๐
๒.๑๗ ร้อยละของกุฏิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๕๓
๒.๑๘ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕๖
ตัวชี้วัดที่ ๓. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน ๕๙
ตัวชี้วัดที่ ๔. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ๖๓
ตัวชี้วัดที่ ๕. ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ (Proxy : ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกระดับพอเพียงขึ้นไป) ๖๖
๕.๑ ร้อยละอำเภอมีการพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Communication) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ๖๖
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๗๐
โครงการที่ ๓. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๗๐
ตัวชี้วัดที่ ๖. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง ๗๐
๖.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๗๐
๖.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๗๓
๖.๓ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ๗๖
๖.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้ ๗๘
๖.๕ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้ ๘๒
๖.๖ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดีขึ้นไป ๘๕

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๖.๗ ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT	๙๓
๖.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๑st ๙๕, ๒nd ๙๕, ๓rd๙๕	๙๗
๖.๙ ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของ โรคไข้เลือดออก	๑๐๑
๖.๑๐ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก	๑๐๕
๖.๑๒ ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๐๘
๖.๑๓ ร้อยละอำเภอมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ โรคระบาด โรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๑๐
๖.๑๔ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๑๓
๖.๑๕ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จในการขับเคลื่อนจังหวัดใช้ยาสมเหตุผลและระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๑๘
๖.๑๖ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๔.๗๐ ต่อแสนประชากร	๑๒๑
๖.๑๗ ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒	๑๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๗. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๑-๑๘ ปี) ลดลง	๑๒๘
ตัวชี้วัดที่ ๘. ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ ๒ (MMR๒) ในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี	๑๓๑
แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑๓๓
โครงการที่ ๔. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๑๓๓
ตัวชี้วัดที่ ๙. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)	๑๓๓
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส	๑๓๘
โครงการที่ ๕. โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส	๑๓๘
ตัวชี้วัดที่ ๑๐. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร	๑๓๘
๑๐.๑ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารที่พึงประสงค์	๑๓๘
๑๐.๒ ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN	๑๔๑
๑๐.๓ ร้านอาหารได้รับมาตรฐาน MGFH (SAN + เมนูชูสุภาพ ๑ เมนู หรืออาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้าน)	๑๓๘
๑๐.๔ ร้านอาหารมีเมนูชูสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม)	๑๔๓
๑๐.๕ อำเภอมีเมนูชูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอๆ ละ ๑ เมนู (เมนูใหม่)	๑๔๕

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

๑๐.๖ ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๑๔๗

๑๐.๗ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นอย่างน้อย ๓ ใน ๔ รายการ ๑๔๙

๑๐.๘ การสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด ๑๕๑

๑๐.๙ ตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๑๕๔

๑๐.๑๐ การเฝ้าระวังการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN ๑๕๗

ตัวชี้วัดที่ ๑๑. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยออกกำลังกาย ๑๖๒

๑๑.๑ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป คนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ (๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) รอบ ๖ เดือนต่อการวัดผล ๑ ครั้ง (วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่สถานีสุขภาพ) ๑๖๒

๑๑.๒ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง และมีภาวะ BMI เกิน มีค่าน้ำหนักตัวลดลง หรือไม่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย ๓ เดือน ๑๖๕

๑๑.๓ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีภาวะ BMI มากกว่า ๒๓ ขึ้นไป น้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย ๑.๕ กิโลกรัม ภายใน ๓ เดือน ๑๖๗

ตัวชี้วัดที่ ๑๒. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยอารมณ์ดี ๑๖๙

๑๒.๑ ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี /อารมณ์ดี (ST๕) ๑๖๙

๑๒.๒ ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q) ๑๖๙

ตัวชี้วัดที่ ๑๓. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการไม่สูบบุหรี่ ๑๗๒

๑๓.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่ ๑๗๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๔. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการไม่ดื่มสุรา ๑๗๔

๑๔.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา ๑๗๔

ตัวชี้วัดที่ ๑๕. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี ๑๗๖

๑๕.๑ ร้อยละของอำเภอมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS ๑๗๖

๑๕.๒ อำเภอมีการจัดห้องปลอดฝุ่น ๑๗๙

๑๕.๓ อำเภอมีมาตรการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามธรรมนูญสุขภาพตำบล ๑๘๑

๑๕.๔ ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม อายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลการออกกำลังกายผ่านก้าวท้าใจ ๑๖๒

๑๕.๕ ประชาชน อายุ ๑๙-๕๙ ปี ขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคาม มีรอบเอวปกติ ๑๘๔

๑๕.๖ องค์กร/ส่วนราชการ ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองเป็นองค์กรสุขภาพดีไร้พุง ๑๖๒

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๖. ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดีด้วยการสัมพันธภาพดี	๑๘๗
๑๖.๑ ครัวเรือนในจังหวัดมหาสารคามเป็นครอบครัวอบอุ่น	๑๘๗
๑๖.๒ หมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม ต่อ หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกัน อย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อ สัปดาห์	๑๘๙
๑๖.๓ ตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพช. มีศูนย์คนไทยห่างไกล NCD มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCD ในชุมชน	๑๙๑
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๑๙๕
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑๙๕
โครงการที่ ๖. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑๙๕
ตัวชี้วัดที่ ๑๗. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๑๙๕
๑๗.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินการ Telemedicine (สป.สธ)	๑๙๕
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)	๒๐๑
โครงการที่ ๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๒๐๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๘. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I๖๐-I๖๔)	๒๐๑
๑๘.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๒๐๑
๑๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๔) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๒๐๑
โครงการที่ ๘. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๒๐๔
ตัวชี้วัดที่ ๑๙. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่*	๒๐๔
๑๙.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่*	๒๐๔
๑๙.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๒๐๔
โครงการที่ ๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๒๐๙
ตัวชี้วัดที่ ๒๐. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๒๐๙
โครงการที่ ๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๑๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๑. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๑๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๒. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วย มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร	๒๑๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๓. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community based)	๒๒๐

สารบัญ

เรื่อง **หน้า**

โครงการที่ ๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ๒๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๒๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๒๕
๒๔.๑ ร้อยละของผู้พยาบามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ๒๒๗
๒๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒๓๐
๒๔.๓ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี ๒๓๒
๒๔.๔ ร้อยละของเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๒๓๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๕. ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ๒๓๖
๒๕.๑ ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ๒๓๙
โครงการที่ ๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก ๒๔๒
ตัวชี้วัดที่ ๒๖. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ๒๔๒
โครงการที่ ๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ ๒๔๗
ตัวชี้วัดที่ ๒๗. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ๒๔๗
โครงการที่ ๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต ๒๕๑
ตัวชี้วัดที่ ๒๘. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า ๒๕๑
๒๘.๑ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล ๒๕๑
โครงการที่ ๑๕. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ ๒๕๔
ตัวชี้วัดที่ ๒๙. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M๑) ๒๕๔
โครงการที่ ๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง ๒๕๘
ตัวชี้วัดที่ ๓๐. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒๕๘
๓๐.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ๒๕๘
๓๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ๒๕๘
๓๐.๓ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ๒๕๘
ตัวชี้วัดที่ ๓๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งและได้รับบริการ ๒๖๓
๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ๒๖๓
๓๑.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ๒๖๓
๓๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๒๖๓
๓๑.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ๒๖๓

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โครงการที่ ๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๒๖๙
ตัวชี้วัดที่ ๓๒. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	๒๖๙
๓๒.๑ ระดับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น	๒๗๑
โครงการที่ ๑๘. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก	๒๗๖
ตัวชี้วัดที่ ๓๓. อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก	๒๗๔
๓๓.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	๒๗๔
๓๓.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	๒๗๖
๓๓.๓ อัตราเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่	๒๗๘
๓๓.๔ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	๒๘๐
๓๓.๕ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	๒๘๒
๓๓.๖ อัตราผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม	๒๘๔
๓๓.๗ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	๒๘๖
๓๓.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม	๒๘๘
ศักยภาพบริการด้านทันตกรรมและมาตรฐาน	๒๙๐
๓๓.๙ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	๒๙๐
๓๓.๑๐ พัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP-Dent	๒๙๒
๓๓.๑๑ มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)	๒๙๔
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๒๙๖
โครงการที่ ๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๒๙๖
ตัวชี้วัดที่ ๓๔. ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๙๖
๓๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	๒๙๙
๓๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	๓๐๒
๓๔.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๓๐๕
๓๔.๔ ระดับความสำเร็จของระบบส่งต่อผ่าน Application	๓๐๘

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	๓๐๙
โครงการที่ ๒๐. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ	๓๐๙
ตัวชี้วัดที่ ๓๕. ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	๓๐๙
๓๕.๑ ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง	๓๐๙
๓๕.๒ ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	๓๑๒
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๓๑๙
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๓๒๐
โครงการที่ ๒๑. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๓๒๐
ตัวชี้วัดที่ ๓๖. จังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ	๓๒๐
๓๖.๑ สัดส่วนการกระจายแพทย์ใน รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	๓๒๐
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๓๒๔
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล	๓๒๕
โครงการที่ ๒๒. โครงการยกระดับความมั่นคงไซเบอร์	๓๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๓๗. โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	๓๒๕
๓๗.๑ ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	
๓๗.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	๓๓๑
๓๗.๓ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโครงการ หมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการ ผ่านเทคโนโลยี ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓๓๗
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	๓๔๓
โครงการที่ ๒๓. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส	๓๔๓
ตัวชี้วัดที่ ๓๘. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๓๔๓
๓๘.๑ ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และหน่วยงานในสังกัด สป.สธ. ได้รับการสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	๓๔๗
๓๘.๒ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบรายการเงินหมวดสินทรัพย์และพัสดุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)	๓๕๒
๓๘.๓ : ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา (๔๕ วัน) (ร้อยละ ๑๐๐)	๓๕๔

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โครงการที่ ๒๔. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๓๕๖
ตัวชี้วัดที่ ๓๙. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน	๓๕๖
๓๙.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน	๓๕๖
๓๙.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน	๓๕๖
๓๙.๓ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สสจ./สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)	๓๖๑
โครงการที่ ๒๕. โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล	๓๖๘
ตัวชี้วัดที่ ๔๐. ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓๖๘
๔๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน	๓๖๘
๔๐.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	๓๖๘
ตัวชี้วัดที่ ๒๖.โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาว	๓๗๔
ตัวชี้วัดที่ ๔๑. ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาวตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓๗๔
แผนงานที่ ๑๒ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	๓๗๙
โครงการที่ ๒๗. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๓๗๙
ตัวชี้วัดที่ ๔๒. ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดีขึ้นไป (≥๑๐.๕ คะแนน)	๓๗๙
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence	๓๘๒
แผนงานที่ ๑๓ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย	๓๘๓
โครงการที่ ๒๘. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๓๘๓
ตัวชี้วัดที่ ๔๓. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	๓๘๓
โครงกมที่ ๒๙. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๓๘๕
ตัวชี้วัดที่ ๔๔. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	๓๘๕
๔๔.๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓๘๘

ส่วนที่ ๑

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐
และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

๑. กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ และตัวชี้วัดการดำเนินงานสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในฐานะหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. การรับชมการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๙ ในการประชุมผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ณ ห้องประชุมชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านระบบออนไลน์ โดยมีนายพัฒนา พร้อมพัฒน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานการประชุม และนายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และหัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานใน สสจ.มหาสารคาม ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒) วันที่ ๗-๘ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. การประชุมสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๘ และการมอบนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙ และมอบแนวทางการพัฒนาตนเองสู่ Talent ในองค์กร วิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ให้บรรลุเป้าหมายสำหรับบุคลากรในองค์กร ตามนโยบาย “งานได้ผล คนเป็นสุข” ณ ห้องประชุมบุษราคัม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมี ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคน

๓) วันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐-๑๖.๓๐ น. การประชุมเชิงปฏิบัติการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพระดับจังหวัด สู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙ กิจกรรมประกอบด้วย (๑) การมอบนโยบายสาธารณสุขและปัญหาสุขภาพระดับจังหวัดสู่การปฏิบัติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙ (๒) การชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับจังหวัด ของปี ๒๕๖๙ ณ โรงแรมตักสิลา จังหวัดมหาสารคาม โดยมี ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธาน ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย ผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๔) วันที่ ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๓๐น.-๑๔.๐๐น. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน จัดการประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อนแผนงาน โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๙ แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์ (๕ Excellence ๑๒ แผนงาน ๒๗ โครงการ ๓๖ ตัวชี้วัด) ผ่านระบบออนไลน์โปรแกรม Cisco Webex โดยมี ดร.นายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี (รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข) เป็นประธานการประชุม ณ ห้องประชุมเปี่ยมมิตร สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดมหาสารคาม ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๕) วันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๖.๓๐น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ได้จัดการประชุมทบทวนตัวชี้วัด ปี ๒๕๖๘ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยมี นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธานการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด ทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ณ ห้องประชุมบุษราคัม ชั้น ๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖) วันที่ ๒ ธันวาคม ๒๕๖๘ เวลา ๑๓.๓๐น.-๑๔.๐๐น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ได้จัดการประชุมพิจารณาแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยมี ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม) เป็นประธานการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการ/ตัวชี้วัด ทุกกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ณ ห้องประชุมเปี่ยมมิตร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ และตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

๑. วิสัยทัศน์

คนมหาสารคามมีสุขภาพดี เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน องค์กรและบุคลากรด้านบริการสุขภาพมีคุณภาพ ภายใต้วิถีพอเพียง

๒. พันธกิจ

๑) Move health care to health : ลดการดูแลรักษา สู่การสนับสนุน ให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี

๒) Move hospital to community : ลดจำนวนผู้รับบริการในโรงพยาบาล ให้กลับสู่ชุมชน

๓) Move quality to value : เพิ่มคุณภาพชีวิตสู่การมีคุณค่าในตนเองของประชาชน

๔) การทำงานโดยมุ่งเน้น Core Business of MoPH : Disease Control (ก่อนป่วย/ป่วยไม่รุนแรง/ป่วยรุนแรง/หลังป่วย)

๕) การพัฒนามุ่งสู่องค์กรยกระดับเพิ่มผล (Leverage Organization) ในงานบริการสุขภาพ

๖) การมุ่งดำเนินงานตามทิศทางนโยบาย (Policy Direction) คือ (๑) Information Improvement (๒) Value Management : Monitoring (๓) Culture Change (๔) Strategic Focus

๓. อำนาจหน้าที่

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ตามที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๐ ได้ระบุมีอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไว้ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด

(๒) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด

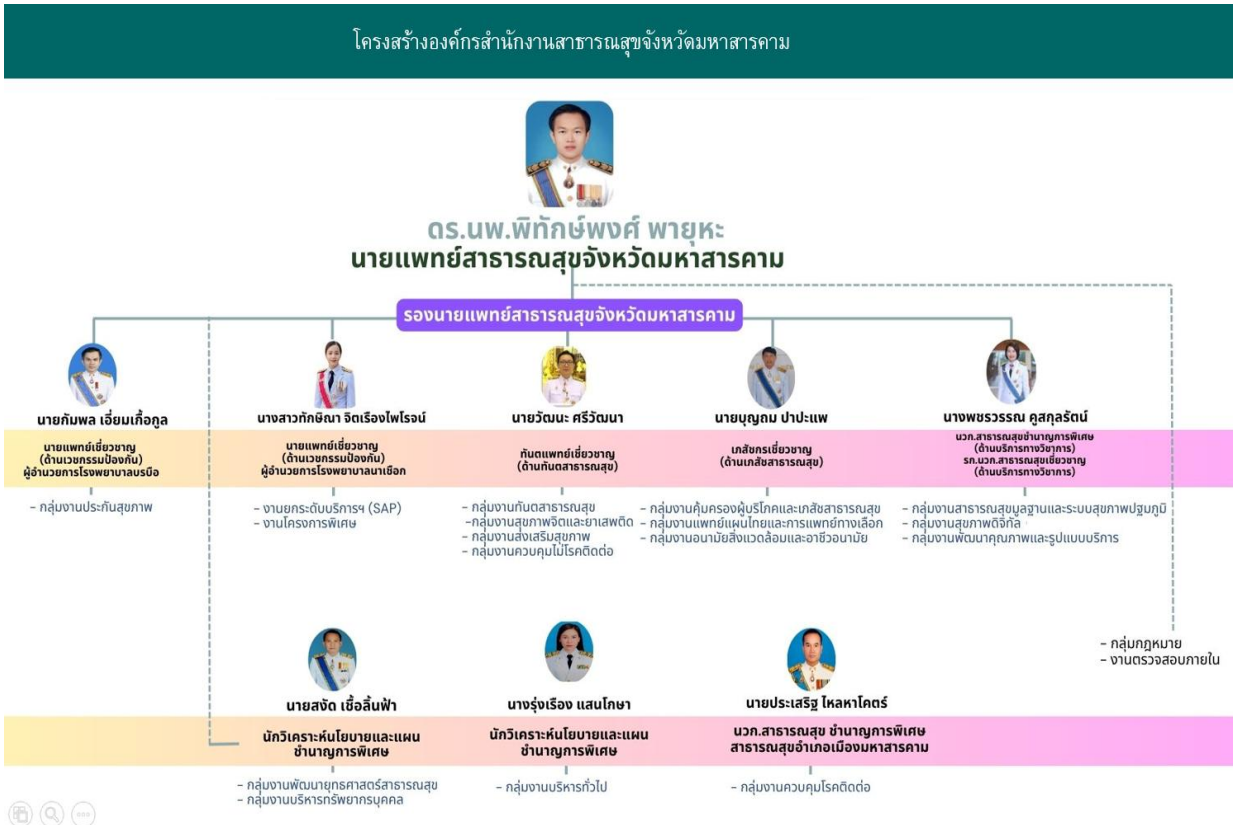
(๓) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่ จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมายมีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

(๔) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด ให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง

(๕) พัฒนาระบบสารสนเทศ งานสุขศึกษา และการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่จังหวัด

(๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

๔. โครงสร้างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



๕. ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๘๐ ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๗๙ กระทรวงสาธารณสุข

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี

๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๓. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๔. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๕. การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

๖. ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลสังกัด สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๑,๕๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร

๗. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐

๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๓. ประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙-๒๕๗๐ จำนวน ๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๓ แผนงาน ๒๙ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)
(๔ แผนงาน ๕ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัดหลัก)

๑. แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

(๑) โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

(๒) โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร

๒. แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

(๓) โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๓. แผนงานที่ ๓ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

(๔) โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๔. แผนงานที่ ๔ การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

(๕) โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒</u> ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
(๔ แผนงาน ๑๕ โครงการ ๑๙ ตัวชี้วัดหลัก)

๕. แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

(๖) โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๖. แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

(๗) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

(๘) โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

(๙) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

(๑๐) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

(๑๑) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

(๑๒) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก

(๑๓) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

(๑๔) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต

(๑๕) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

(๑๖) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

(๑๗) โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

(๑๘) โครงการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

๗. แผนงานที่ ๗ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

(๑๙) โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๘. แผนงานที่ ๘ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

(๒๐) โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓</u> ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
(๑ แผนงาน ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดหลัก)

๙. แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

(๒๑) โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔</u> ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
(๓ แผนงาน ๖ โครงการ ๖ ตัวชี้วัดหลัก)

๑๐. แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล

(๒๒) โครงการยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

๑๑. แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

(๒๓) โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

(๒๔) โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

(๒๕) โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล

(๒๖) โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาว

๑๒. แผนงานที่ ๑๒ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

(๒๗) โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕</u> Health-Related Economy Excellence

(๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดหลัก)

๑๓. แผนงานที่ ๑๓ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยงเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย

(๒๘) โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

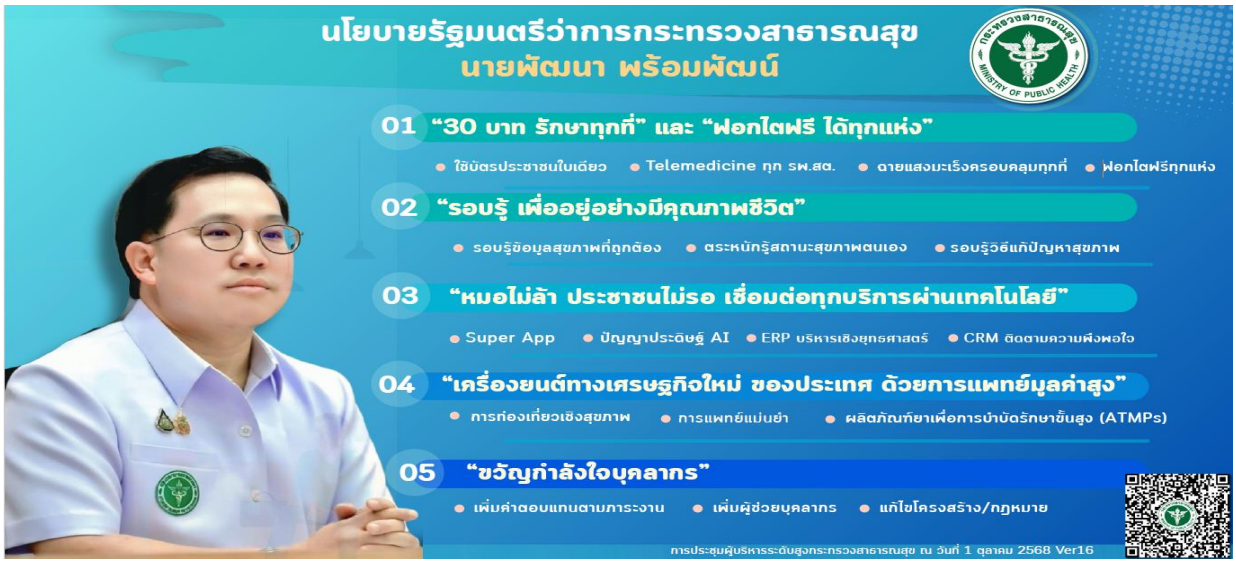
(๒๙) โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๔. นโยบายมุ่งเน้นกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙

๔.๑ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙

(นายพัฒนา พร้อมพัฒน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข)

“สานต่อ วางรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่ยั่งยืน”





๔.๒ นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๙ (นายวรโชติ สุคนธ์ขจร)



๔.๓ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ (นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

"สานต่อ วางรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่ยั่งยืน"



แนวทางการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
โดย นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

๑. เพิ่มประสิทธิภาพบริการสุขภาพ ลดเหลื่อมล้ำ

- **One Region–One Province–One Hospital**
  บริหารทรัพยากรร่วมระหว่าง รพ. ในระดับเขต ระบบบส่งต่อ ระบบข้อมูล บริหารกำลังคน
- **ยกระดับความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence)**
  พัฒนาบริการเฉพาะทางมีศูนย์ความเป็นเลิศทุกเขตสุขภาพ เพิ่มทางเลือกการเข้ารับบริการพรีเมียมคลินิก
- **เพิ่มประสิทธิภามการบริการปฐมภูมิ**
  ให้ประชาชนทุกคนมีหมอประจำตัว
- **เสริมสร้างความพร้อมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน**
  เสริมศักยภาพบุคลากรด้านการบริหารจัดการ บูรณาการหน่วยงาน ลดความทับซ้อน
- **เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ กทม.**
  พัฒนา Mini Clinic Telemedicine เสริมการเข้าถึงบริการระดับทุติยกฎมิ พัฒนาการบริหารจัดการในภาพรามทั้งระบบ

๒. สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง

- **ส่งมอบความแข็งแรงกาย-ใจ**
  เด็กพัฒนาการสมวัย วัยเรียน วัยรุ่น IQ EQ ดี วัยทำงานพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ มีระบบดูแลสุขภาพระยะยาว
- **ยกระดับการควบคุมป้องกัน NCDs เชิงบูรณาการ**
  เพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพ เช่น สิทธิประโยชน์ภาษี สำหรับผู้มีผู้มีพฤติกรรมสุขภาพดี
- **การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี** เช่น ระบบบำบัดน้ำเสีย ลดการปล่อยคาร์บอนในหน่ายบริการสุขภาพ พัฒนา รพ. เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

๓. เพิ่มขีดความสามารถด้วยนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ดิจิทัลสุขภาพ ระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ

- **พัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว**
  สร้างคลังข้อมูลสุขภาพขนาดใหญ่ของประเทศ
- **พัฒนา Telemedicine นวัตกรรม ปัญญาประดิษฐ์ทางการแพทย์**
  สนับสนุนการวิจัยและการผลิต ATMPS
- **พัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)**

๔. เพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจสุขภาพ

- เพิ่มมูลค่าบริการสุขภาพ

ผลิตภัณฑ์สุขภาพสมุนไพรไทย การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อุตสาหกรรมสุขภาพ คลินิกแพทย์แผนไทยร่วมสมัย

- ผลิตและพัฒนา Prof. Caregiver และ นวดไทย

- ส่งเสริมวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์

เพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ

๕. บุคลากรมีขวัญกำลังใจและคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดี

- บริหารจัดการกำลังคนที่คล่องตัว

ลดข้อจำกัด ปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ แนวปฏิบัติ ผลักดันร่าง พ.ร.บ.กระทรวงสาธารณสุข

- **บริหารจัดการกำลังคนในเขตสุขภาพ**

เพิ่มการกระจาย สร้างแรงจูงใจ รักษาบุคลากรคุณภาพในพื้นที่

- สร้างเสริมคุณภาพชีวิตในการทำงาน

สวัสดิการ ความก้าวหน้า สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย



๔.๔ นโยบายและทิศทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙
(ดร.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม)

“งานได้ผล คนเป็นสุข”

หลักการทำงาน ๔ C/๔ ส. ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

๔ C	๔ ส
Critical thinking / Problem solving	สังเคราะห์ / แก้ปัญหา
Effective / Communication	สื่อสาร / สังเกต
Collaboration / Team building	สหวิชาชีพ / สร้างทีม
Creativity / Innovation	สร้างสรรค์ / สร้างนวัตกรรม

วัฒนธรรมองค์กร “MSK CARE D+”

M : Mastery & moral (เป็นนายตัวเอง รับผิดชอบงานอยู่ในระเบียบ และมีคุณธรรม จริยธรรม รวมทั้งการทำงานอย่างมีคุณภาพ)

S : Soft power for health (Soft power ภายใน ได้แก่ สามัคคี/เป็นทีมการมองด้านบวก, ปล่อยวาง, การเชื่อมโยงการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และ Soft power ภายนอก ได้แก่ แหล่งท่องเที่ยว เกจิอาจารย์/คหบดี ประเพณีวัฒนธรรมสิ่งที่ดีต่างๆในพื้นที่)

K : Knowledge & Key performance (การพัฒนาความรู้ ทักษะการทำงาน และการทำงานบรรลุผลและมีประสิทธิภาพ)

Care D^{+} : Care คือ ความใส่ใจ

: D คือ ดีต่อใจ และ Develop พัฒนาทักษะการสื่อสาร

“Care for life Share for Love”



๕. นโยบายสำคัญประจำปี ๒๕๖๙

๕.๑ การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดีด้วยนโยบาย ๓ อ ๔ ส ต่อเนื่องในปี ๒๕๖๙



๕.๒ แนวทางการดำเนินงานของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๙

๑) เร่งการสร้างสุขภาพดีด้วยนโยบาย ๓อ ๔ส ต่อเนื่องอย่างเข้มข้นใน ปี ๒๕๖๙

๒) การเร่งรัดขับเคลื่อนธรรมนูญสุขจังหวัดมหาสารคาม ประเด็น การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs สู่การปฏิบัติของหน่วยงาน/องค์กรภาค/ประชาชนและสู่การปฏิบัติให้เกิดธรรมนูญสุขภาพธรรมตำบล ประเด็น การส่งเสริม ป้องกัน และลดภัย NCDs ให้ครอบคลุมทุกตำบลภายในปี ๒๕๖๙ ไตรมาสที่ ๑

๓) การยกระดับการประเมินผลเพื่อค้นหา Champion การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจังหวัดฯ สู่การปฏิบัติและนโยบาย ๓อ ๔ส สู่การปฏิบัติ อย่างเห็นผลในระดับหน่วยงาน/องค์กรและภาคประชาชน (ระดับจังหวัด) และค้นหา Champion การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพจังหวัดฯ สู่การปฏิบัติ และนโยบาย ๓อ ๔ส สู่การปฏิบัติอย่างเห็นผลในระดับอำเภอ/ตำบล (ระดับอำเภอ/ตำบล)

๔) การคืนข้อมูลการสร้างสุขภาพดี ด้วยนโยบาย ๓อ ๔ส ระดับบุคคล/ชุมชน ให้กับพื้นที่ปฏิบัติการ เพื่อยกระดับการดาเนินงานในปี ๒๕๖๙

๕) เร่งดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๖๙ เพื่อเป้าหมาย “มหาสารคามจังหวัดสุขภาพดี” ประชาชนมีอายุยืนยาวเพิ่มขึ้น

๖. แผนงาน/โครงการ และตัวชี้วัด
ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
แยกตามประเด็นยุทธศาสตร์ (๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ ๑๓ แผนงาน ๒๙ โครงการ ๔๔ ตัวชี้วัด)

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence) (๔ แผนงาน ๕ โครงการ ๑๖ ตัวชี้วัด)	๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี ๒) มีระบบป้องกันควบคุมโรคระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค	แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
		๑. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย	๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน*	ไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ส่งเสริม
			๒	**ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย* และฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ ๘๘	ส่งเสริม+ทันตะ
				๒.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๙๐	ส่งเสริม
				๒.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ ๙๐	ส่งเสริม
				๒.๓ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ ๒๐	ส่งเสริม
				๒.๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ ๙๐	ส่งเสริม
				๒.๕ ร้อยละของเด็ก อายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๗๒	ส่งเสริม
				๒.๖ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๕ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ ๘๕	ทันตกรรม
				๒.๗ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	ร้อยละ ๗๐	ส่งเสริม
				๒.๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน- ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ ๘๐	ส่งเสริม
				๒.๙ ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ ๘๐	ส่งเสริม
				๒.๑๐ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๖	ส่งเสริม
				๒.๑๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๑๗ ต่อ ปชก.หญิง ๑๕-๑๙ ปีพันคน	ส่งเสริม
				๒.๑๒ ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๓๕	ส่งเสริม
				๒.๑๓ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	ไม่เกินร้อยละ ๑๒.๕	ส่งเสริม
				๒.๑๔ ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	≥ ร้อยละ ๖๔	ส่งเสริม
				๒.๑๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ส่งเสริม
				๒.๑๖ ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๔.๕	ร้อยละ ๙๔.๕	ส่งเสริม
				๒.๑๗ ร้อยละของกฎิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๒.๑๘ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๔๐ ร้อยละ ๑๐๐	ส่งเสริม พนย.
			๓	*ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน*	ร้อยละ ๙๐	สสป.

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
		๒. โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากร	๔	**อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป***	ร้อยละ ๘๓	ส่งเสริม
			๕	**ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕*** **(Proxy : ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกระดับพอเพียงขึ้นไป)**	≥ร้อยละ ๕	คร.
				๕.๑ ร้อยละอำเภอมีการพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Communication) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	≥ร้อยละ ๘๐	คร.
		แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
		๓. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	๖	**ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง***		
				๖.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน *	≥ ร้อยละ ๗๕	NCD
				๖.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง*	≥ ร้อยละ ๙๐	NCD
				๖.๓ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	≤ ร้อยละ ๑.๗๕	NCD
				๖.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	≥ ร้อยละ ๕๐	NCD
				๖.๕ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	≥ ร้อยละ ๗๕	NCD
				๖.๖ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ ๑๐๐	NCD
				๖.๗ ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT	≥ ร้อยละ ๙๐	NCD
				๖.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๑st ๙๕, ๒nd ๙๕, ๓rd๙๕	ร้อยละ ๙๕	คร.
				๖.๙ ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของ โรคไข้เลือดออก	ร้อยละ ๗๕	คร.
				๖.๑๐ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก	ร้อยละ ๗๕	คร.
				๖.๑๑ อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก	ไม่เกินร้อยละ ๐.๑	คร.
				๖.๑๒ ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด (๑) กลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี (กลุ่มอายุ ๑ ปี ฉีด MMR๑/BCG/OPV๓/DTP๓/ HBV๓ กลุ่มอายุ ๓ ปี ฉีด MMR๒/JE กลุ่มอายุ ๕ ปี ฉีด OPV๕/DTP๕)	ร้อยละ ๙๕	คร.
				(๒) ร้อยละความครอบคลุมวัคซีน HPV ในกลุ่มหญิงไทยอายุ ๑๑-๒๐ ปี	ร้อยละ ๙๕	คร.
				๖.๑๓ ร้อยละอำเภอมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ โรคระบาด โรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คร.
				(๑) ร้อยละทีม SRRT ที่ผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐาน		คร.
				(๒) ร้อยละของการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Surveillance: DDS)		คร.
				(๓) ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ		คร.

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
				๖.๑๔ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.
				๖.๑๕ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จในการขับเคลื่อนจังหวัดใช้ยาสมเหตุผลและระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คบส.
				๖.๑๖ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๔.๗๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๓.๗ ต่อ ปชก.เด็กต่ำกว่า ๑๕ ปีแสนคน	NCD
				๖.๑๗ ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒	ร้อยละ ๘๐	อวล.
			๗	**อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๑-๑๘ ปี) ลดลง*	ร้อยละ ๕	NCD
			๘	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ ๒ (MMR๒) ในเด็กอายุต่ำกว่า ๒ ปี	ร้อยละ ๙๗	คร.
		แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
		๔. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	๙	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)*		
				๙.๑ ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ ๑๐๐	อวล.
				๙.๒ ระดับท้าทาย	ร้อยละ ๗๕	อวล.
		แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส				
		๕. โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส	๑๐	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยอาหาร**		
				๑๐.๑ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารที่พึงประสงค์*	ร้อยละ ๙๐	สส.
				๑๐.๒ ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN*	ร้อยละ ๘๐	อวล.
				๑๐.๓ ร้านอาหารได้รับมาตรฐาน MGFH (SAN + เมนูชูสุภาพ ๑ เมนู หรืออาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้าน)*	ร้อยละ ๕๐	อวล./สส./แผนไทย
				๑๐.๔ ร้านอาหารมีเมนูชูสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม)*	ร้อยละ ๕๐	สส.
				๑๐.๕ อำเภอมีเมนูชูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอ อำเภอละ ๑ เมนู* (เมนูใหม่)	๑ เมนู/อำเภอ	แผนไทย
				๑๐.๖ ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ ๙๐	สสป.
				๑๐.๗ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น อย่างน้อย ๓ ใน ๔ รายการ	ร้อยละ ๙๐	สสป.
				๑๐.๘ การสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คบส.
				๑๐.๙ ตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๙๕	คบส.
				๑๐.๑๐ การเฝ้าระวังการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN	ร้อยละ ๑๐๐	คร.

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
			๑๑	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยออกกำลังกาย**		
				๑๑.๑ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป คนมหาสารคาม มีการออกกำลังกายเป็นประจำ (๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) รอบ ๖ เดือนต่อการวัดผล ๑ ครั้ง (วัดรอบเอว ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่สถานีสุขภาพ)*	ร้อยละ ๘๐	ส่งเสริม
				๑๑.๒ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง และมีภาวะ BMI เกิน มีค่าน้ำหนักตัวลดลง หรือไม่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อย ๓ เดือน	ร้อยละ ๓๐	สสป.
				๑๑.๓ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีภาวะ BMI มากกว่า ๒๓ ขึ้นไป น้ำหนักตัวลดลง อย่างน้อย ๑.๕ กิโลกรัม ภายใน ๓ เดือน	ร้อยละ ๓๐	สสป.
			๑๒	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอารมณ์ดี**		
				๑๒.๑ ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี/อารมณ์ดี (ST๕)*	ร้อยละ ๙๕	สุขภาพจิต/ สสป.
				๑๒.๒ ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q)*	ร้อยละ ๙๕	สุขภาพจิต/ สสป.
			๑๓	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยการไม่สูบบุหรี่**		
				๑๓.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่*	ร้อยละ ๘๕	NCD
			๑๔	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยการไม่ดื่มสุรา**		
				๑๔.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา*	ร้อยละ ๘๕	NCD
			๑๕	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี**		
				๑๕.๑ ร้อยละของอำเภอมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS	ร้อยละ ๘๐	อวล.
				๑๕.๒ อำเภอมีการจัดห้องปลอดฝุ่น		อวล.
				(๑) โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละ ๑๐๐	อวล.
				(๒) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	ร้อยละ ๑๐	อวล.
				๑๕.๓ อำเภอมีมาตรการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามธรรมนูญสุขภาพตำบล	ร้อยละ ๘๐	อวล.
				๑๕.๔ ประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม อายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลการออกกำลังกายผ่านก้าวท้าใจ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	สส.
				๑๕.๕ ประชาชน อายุ ๑๙-๕๙ ปี ขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคาม มีรอบเอวปกติ	≥ ร้อยละ ๖๔	สส.
				๑๕.๖ องค์กร/ส่วนราชการ ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองเป็นองค์กรสุขภาพดีไร้พุง	ร้อยละ ๕๐	สส.
			๑๖	**ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยการสัมพันธภาพดี**		
				๑๖.๑ ครัวเรือนในจังหวัดมหาสารคาม เป็นครอบครัวอบอุ่น	ร้อยละ ๙๕	สสป.
				๑๖.๒ หมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม ต่อหมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อ สัปดาห์	ร้อยละ ๑๐๐	สส.

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
				๑๖.๓ ตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/ หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพช. มีศูนย์คนไทยห่างไกล NCD มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCD ในชุมชน	ร้อยละ ๑๐๐	สสป./สส./ NCD
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) (๔ แผนงาน ๑๕ โครงการ ๑๙ ตัวชี้วัด)	๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ๒) มีระบบบริการสุขภาพ ที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย ๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ	**แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**				
		๖. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑๗	**จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒***	ส่วนกลาง ๔,๕๐๐ หน่วย	สสป. (อบจ.๖๗/ สสจ.๑๙)
				๑๗.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินการ Telemedicine (สป.สธ)	ร้อยละ ๑๐๐	
		แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
		๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๘	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I๖๐-I๖๔)***	<ร้อยละ ๗	NCD
				๑๘.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	<ร้อยละ ๗	NCD
				๑๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๔) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๘๐	NCD
		๘. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ	๑๙	**อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่***		
				๑๙.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่*	≥ ร้อยละ ๘๘	คร.
				๑๙.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๙๐	คร.
		๙. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	๒๐	**อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน***	< ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	ส่งเสริม
		๑๐. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๑	**ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก***	ร้อยละ ๕๐	แผนไทย
			๒๒	**มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วย มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพร***	จังหวัด ๓๒ ล้านบาท	แผนไทย
			๒๓	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community based)	ร้อยละ ๒๕	แผนไทย
		๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๒๔	****อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ***	≤ร้อยละ ๗.๘ ต่อแสนปชก.	สุขภาพจิตฯ
				๒๔.๑ ร้อยละของผู้พยาบามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๗๐	สุขภาพจิตฯ
				๒๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๕	สุขภาพจิตฯ
				๒๔.๓ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๙๕	สุขภาพจิตฯ
				๒๔.๔ ร้อยละของเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๒	สุขภาพจิตฯ
			๒๕	**ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ***	ร้อยละ ๔๐	สุขภาพจิตฯ
				๒๕.๑ ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	ร้อยละ ๔๐	สุขภาพจิตฯ

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
		๑๒. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก	**๒๖**	**อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired***	< ร้อยละ ๒๔	พร.
		๑๓. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	**๒๗**	**อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI***	< ร้อยละ ๙	NCD
		๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	**๒๘**	**ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า***	> ร้อยละ ๑๐	NCD
				๒๘.๑ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	≥ ร้อยละ ๗๐	NCD
		๑๕. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา ปลูกถ่ายอวัยวะ	**๒๙**	**อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M๑)***	≥ ร้อยละ๐.๖๓	พร.
		๑๖. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง	**๓๐**	**ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด**		NCD
				๓๐.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๐	NCD
				๓๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๐	NCD
				๓๐.๓ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	≥ ร้อยละ ๗๐	NCD
			๓๑	**ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งและได้รับบริการ****		NCD
				๓๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ ๔๐	NCD
				๓๑.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ ๙๐	NCD
				๓๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ ๙๕	NCD
				๓๑.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ ๖๐	NCD
		๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	**๓๒**	**ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)***	ร้อยละ ๘๐	สุขภาพจิตฯ
				๓๒.๑ ระดับอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น	ร้อยละ ๑๐๐	สุขภาพจิตฯ
		๑๘.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก	**๓๓**	**อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก**		ทันตกรรม
				๓๓.๑ อัตราหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน	ร้อยละ ๕๕	ทันตกรรม
				๓๓.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๕	ทันตกรรม
				๓๓.๓ อัตราเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่		ทันตกรรม
				(๑) อายุ ๐-๒ ปี (ร้อยละ ๖๐)	ร้อยละ ๖๐	ทันตกรรม
				(๒) อายุ ๓-๕ ปี (ร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ ๘๐	ทันตกรรม
				(๓) อายุ ๔-๑๒ ปี(ร้อยละ ๕๐)	ร้อยละ ๕๐	ทันตกรรม
				๓๓.๔ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	ร้อยละ ๓๐	ทันตกรรม
				๓๓.๕ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	ร้อยละ ๒๕	ทันตกรรม
				๓๓.๖ อัตราผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม	ร้อยละ ๔๐	ทันตกรรม

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
				๓๓.๗ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๑๐๐	ทันตกรรม
				๓๓.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม	ร้อยละ ๕๐	ทันตกรรม
				ศักยภาพบริการด้านทันตกรรมและมาตรฐาน		ทันตกรรม
				๓๓.๙ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	ขั้นต่ำ ๒๕% ขั้นสูง ๑ แห่ง	ทันตกรรม
				๓๓.๑๐ พัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP-dent	ร้อยละ ๑๐๐	ทันตกรรม
				๓๓.๑๑ มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)	ร้อยละ ๑๐๐	ทันตกรรม
		แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
		๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๓๔	***ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน***	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๙	NCD
				๓๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	NCD
				๓๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	NCD
				๓๔.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	NCD
				๓๔.๔ ระดับความสำเร็จของระบบส่งต่อผ่าน Application	รอรายละเอียด	พร.
		แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
		๒๐. โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ	๓๕	**ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ***	ร้อยละ ๑๐๐	พร.
				๓๕.๑ ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง	ร้อยละ ๑๐๐	พร.
				๓๕.๒ ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ ๑๐๐	คร.
				๓๕.๓ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ ๑๐๐	คร.
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) (๑ แผนงาน ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัด)	**๑) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนและการบริการสุขภาพ ๒) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกันกับการบริการสุขภาพ ๓) มีการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ ๔) มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ**	**แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**				
		๒๑. โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๓๖	**จังหวัดมีการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ***		HR
				๓๖.๑ สัดส่วนการกระจายแพทย์ใน รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	≥ ร้อยละ ๗๐	HR

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) (๓ แผนงาน ๖ โครงการ ๖ ตัวชี้วัด)	๑) มีการมุ่งพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และธรรมาภิบาล ๒) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ ๓) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีมีอายุยืนยาว ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว	**แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล**				
		๒๒. โครงการยกระดับความมั่นคงไซเบอร์	๓๗	**โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์***		
				๓๗.๑ ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	ร้อยละ ๑๐๐	ดิจิทัล
				๓๗.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	ร้อยละ ๗๐	ดิจิทัล
				๓๗.๓ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโครงการหมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ระดับ ๕	ดิจิทัล
		แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
		๒๓. โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส	๓๘	****ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA***		
				๓๘.๑ ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน และหน่วยงานในสังกัด สป.สธ. ได้รับการสร้างศักยภาพการป้องกันการทุจริตเชิงรุก	> ร้อยละ ๘๕	บริหาร
				๓๘.๒ หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบรายการเงินหมวดสินทรัพย์และพัสดุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)	ร้อยละ ๘๐	บริหาร
				๓๘.๓ ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	ร้อยละ ๑๐๐	กม.
		๒๔. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๓๙	**ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน**		
				๓๙.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน	ร้อยละ ๑๐๐	พร.
				๓๙.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพผ่านการรับรองมาตรฐาน	ร้อยละ ๙๔	พร.
				๓๙.๓ ร้อยละของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.
		๒๕. โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุสมผล	๔๐	**ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด***	≥ ร้อยละ ๕๐	
				๔๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกินร้อยละ ๕	พร.
				๔๐.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	≥ ร้อยละ ๗๐	พร.
		๒๖.โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาว	๔๑	**ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ สู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดีประชาชนมีอายุยืนยาว ตามเกณฑ์ที่กำหนด**	ร้อยละ ๑๐๐	พนย.
		แผนงานที่ ๑๒ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
		๒๗. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๔๒	**ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดีขึ้นไป (≥๑๐.๕ คะแนน)**	ร้อยละ ๕๕	ประกันฯ

ประเด็นยุทธศาสตร์ ปี ๒๕๖๙	เป้าประสงค์ ปี ๒๕๖๙	แผนงาน/โครงการ ปี ๒๕๖๙	ลำดับ ตชว.	ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	กลุ่มงานที่ รับผิดชอบ
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ Health-Related Economy Excellence (๑ แผนงาน ๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัด)		แผนงานที่ ๑๓ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
		๒๘. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔๓	**อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด*	ร้อยละ ๒๐	แผนไทย
		๒๙. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๔๔	จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาตเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ F๒๐๕ ได้รับการพัฒนาส่งออกอย่างน้อยเขตละ ๑ รายการ	คบส.
				๔๔.๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	คบส.

หมายเหตุ : ๑) * คือ ตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ ก.สธ
๒) ** คือ ตัวชี้วัดเป้าหมายการให้บริการ ก.สธ

ส่วนที่ ๒

นิยามตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์ ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑

ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence : PP&P Excellence)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๒. คำนิยาม

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่ เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตรกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๖	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๖	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๖

๔. วัตถุประสงค์

ลดการตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด (ภายใน ๔๒ วัน)

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานการตายมารดา (ก๑), ระบบรายงาน HDC (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ๖ สัปดาห์ (จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด)ในช่วงเวลาที่กำหนด

B : จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ตามแนวทางมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ (Smart Kids Taksila ๔.๐) โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และอำเภอ (พชอ.)

๒. ส่งเสริม สนับสนุน One province One Labour และหน่วยบริการทุกระดับจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ไร้รอยต่อ พร้อมมีระบบการส่งต่อแบบ Fast Tract กรณีภาวะฉุกเฉิน มีการประสานงานผ่านระบบ Teleline/ line group/หรือมีช่องทางติดต่อเจ้าหน้าที่

๓. ส่งเสริม สนับสนุน การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมตามหลักอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงวัยเจริญพันธุ์และหญิงตั้งครรภ์ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุกในหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดผ่านโปรแกรม Save mom และ line Account Official

๔. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็กในการการทำหัตถการทางสูติกรรม

๕. พัฒนาเครือข่าย การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก และการบริการสุขภาพเพื่อป้องกันมารดาตายตามมาตรฐาน PNC (Provincial Network Certification)

๖. กำกับ ติดตามประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มเด็กปฐมวัยและสตรี จังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินการภายใต้แนวคิดการพัฒนาระบบบริการคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก โดยมีมาตรการหลัก ๔P ได้แก่

๑. P๑-Plan of Pregnancy เตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ คัดกรองความเสี่ยงควบคุมโรค NCD และโรคเรื้อรังในวัยเจริญพันธุ์ และวางแผนครอบครัวเพื่อการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ

๒. P๒- Plan of ANC ฝากครรภ์คุณภาพคัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) ตามรูปแบบที่จังหวัดมหาสารคามปรับใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และป้องกันภาวะซีดด้วยยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลต คัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย

๓. P๓-Plan of delivery มีOne province one labor room โดยประเมินตนเอง มีระบบ Consultation & Referral ระบบดูแล High Risk และ refer in/out การคลอด กำกับด้วย MCH board ระดับจังหวัดและเขต มีการแชร์บุคลากร และ performance รวมถึงบริหารทรัพยากรร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชน Node แม่ข่าย

๔. P๔- Plan of postpartum มีการติดตามเยี่ยมหลังคลอด ๓ ครั้ง ดูแลหลังคลอดตามเกณฑ์และเฝ้าระวังภาวะ postpartum Blues

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๙๑ ๘๖๗๔๓๙๙ E-mail : pisamai.sri@gmail.com
๒. นางกฤษณา ศุภสระ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๖๘๒๔๒๗ E-mail : sonsena@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยและฟันดีไม่มีผุ

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
ตัวชี้วัดที่ ๒.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
ตัวชี้วัดที่ ๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า
ตัวชี้วัดที่ ๒.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม
ตัวชี้วัดที่ ๒.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน
ตัวชี้วัดที่ ๒.๗ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ
ตัวชี้วัดที่ ๒.๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก
ตัวชี้วัดที่ ๒.๙ ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง

๒. คำนิยาม

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

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

๓. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

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

๕. เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน (สมวัยครั้งที่ ๒)

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

๗. สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงหรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัยชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

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

๙. สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วนในคนเดียวกัน

๑๐. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้ และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัย ครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปีหรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่ใช้ชื่อหลากหลายรวมทุกสังกัดในประเทศไทย ได้แก่

๑. กระทรวงมหาดไทย : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนอนุบาล

๒. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน

๓. กระทรวงสาธารณสุข : ศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาล

๔. กระทรวงศึกษาธิการ : โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และโรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน)

๖. หน่วยงานอื่นๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย

๑๑. มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ประกอบด้วยมาตรฐาน ๓ ด้าน ได้แก่

มาตรฐานด้านที่ ๑ การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน ๕ ตัวบ่งชี้/ ๒๖ ข้อ

มาตรฐานด้านที่ ๒ ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน ๕ ตัวบ่งชี้/ ๒๐ ข้อ

มาตรฐานด้านที่ ๓ คุณภาพของเด็กปฐมวัย

- ๓ ก แรกเกิด ถึง ๒ ปี (๒ ปี๑๑ เดือน ๒๙ วัน) จำนวน ๒ ตัวบ่งชี้/๗ ข้อ
- ๓ ข ๓ ปีถึง ๖ ปี (ก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑) จำนวน ๗ ตัวบ่งชี้/๒๒ ข้อ

การประเมิน จะพิจารณาตามตัวบ่งชี้เป็นรายข้อย่อย ๔ ระดับคะแนน คือ ไม่ผ่าน (๐) ผ่านขั้นต้น (๑) ดี (๒) และดีมาก (๓) นำคะแนนมาตรฐานแต่ละด้าน คิดเป็นร้อยละ แล้วนำมารวมกัน ๓ ด้านเฉลี่ยเป็นคะแนนรวม และนับจำนวนข้อที่ไม่ผ่านต้องปรับปรุง มาเป็นเกณฑ์การประเมินระดับคุณภาพดังตาราง การสรุปผลการประเมินของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

ระดับคุณภาพ	เกณฑ์การพิจารณา	
	คะแนนเฉลี่ย	**จำนวนข้อที่ต้องปรับปรุง**
A ดีมาก	ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	ไม่มี
B ดี	ร้อยละ ๖๐-๗๙.๙๙	๑-๗ ข้อ
C ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น	ร้อยละ ๔๐-๕๙.๙๙	๘-๑๕ ข้อ
D ต้องปรับปรุง	ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐	๑๖ ข้อขึ้นไป

๑๒. เด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ ๖ เดือนเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๑๓. ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาน้ำที่มีส่วนประกอบธาตุเหล็กของ elemental iron ๑๒.๕ มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน – ๒ ปี และ ๒๕ มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ ๒-๕ ปี

๑๔. การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง เด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโดยจ่ายให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กใน WCC/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (แฟ้ม EPI รหัสการได้รับวัคซีนตามช่วงอายุรายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย) เพื่อส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม PERSON, DRUG และ EPI)

- PERSON Type area ๑,๓ สัญชาติไทย (เอาเฉพาะสัญชาติไทย)
- DRUG ใช้ประเมินการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ตามรหัสยาแนบท้าย
- EPI ใช้นับจำนวนของเด็กที่มารับบริการใน WCC (ยกเว้นตามหมายเหตุ)

๑๕. เด็กอายุ ๖ – ๑๒ เดือน หมายถึง เด็กที่มีอายุ ๖ – ๑๒ เดือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบคำนวณจากวันเดือนปีเกิดในปีงบประมาณ

๑๖. การคัดกรองภาวะโลหิตจาง หมายถึง เด็กที่มีครบ ๑๒ เดือน คำนวณจากวันเดือนปีเกิดในปีงบประมาณในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางช่วงอายุ ๖ - ๑๒ เดือน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๗	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐
๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๒
๖. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ (ปีการศึกษา ๒๕๖๗)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๗. ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐
๘. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง	N/A	N/A	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย

๒. เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวังภาวะโภชนาการ และภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๓. เพื่อพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล

๔. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ และมีทักษะการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

๕. เพื่อพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัดให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔D

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม)

๒. ระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

A : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผล การตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด

B : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน(๑B๒๖๐) ในช่วงเวลาที่กำหนด

C : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ((A+B)/C) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

A : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

B : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

A : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ส่งต่อทันที) ในช่วงเวลาที่กำหนด

B : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม

A : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด

B : จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ที่ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๕ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

A : จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

B : จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๗ ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ

A : จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ระดับดีขึ้นไป ในช่วงเวลาที่กำหนด

B : จำนวนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๘ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

A : จำนวนเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ที่มารับบริการวัคซีนและได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (รหัสยาเสริมธาตุเหล็ก ตามรายการแนบท้าย)

B : จำนวนเด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ที่มารับบริการวัคซีน (ยกเว้น รหัสวัคซีนตามรายการแนบท้าย)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๒.๙ ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง

A : จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางทั้งหมด

B : จำนวนเด็กอายุ ๖ - ๑๒ เดือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด คำนวณจากวันเดือนปีเกิดในปีงบประมาณ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน การดำเนินงานคลินิกสุขภาพเด็กคุณภาพ (WCC) และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ปราศจากซีด สูงดีสมส่วน โดยใช้กลไก MCH Board ,คณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัด คณะกรรมการ พชจ./พชอ./พชต. , CIPO กลุ่มวัย และ Child Project Mannager CPM ระดับอำเภอและ รพ.สต. รวมทั้งการขับเคลื่อนการดำเนินงานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔D

๒. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย พัฒนาการสมวัย ปราศจากซีด สูงดีสมส่วนเป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด อำเภอ และตำบล และสนับสนุนองค์ความรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และสร้างความรอบรู้ผ่าน Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก และ App Khunlook ให้กับครอบครัว ชุมชน

๓. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๔. พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก และสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน/ครู/จนท.สธ ในการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรม Triple-P Plus ๔D

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกสาธารณสุข ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามาตรฐานและการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย กับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเด็กปฐมวัยมีสุขภาพดี ปราศจากซีด พัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน พร้อมต่อการเรียนรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากซีด สูงดีสมส่วน โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC ผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและคณะกรรมการ พชจ./พชอ. และ CIPO กลุ่มวัย และ Child Project Mannager CPM ระดับอำเภอ และ รพ.สต. และสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในหน่วยงานสาธารณสุขและนอกหน่อยงานสาธารณสุข

๒. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และด้านสุขภาพ ๔D

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย พัฒนาการสมวัย ปราศจากซีด สูงดีสมส่วนเป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด อำเภอ และตำบล และสนับสนุนองค์ความรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และสร้างความรอบรู้ผ่าน Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก และ App Khunlook ให้กับครอบครัว ชุมชน

๔. ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการคลินิก WCC คุณภาพ มีโรงเรียนพ่อแม่ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM

๖. สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในสถานบริการ สถานประกอบการ และขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปี ๒๕๖๐ ในทุกระดับ เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือนและกินต่อเนื่อง ควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๗. จัดทำหลักสูตรเสริมสร้างทักษะส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู ผู้ดูแลเด็ก และสร้างความเข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน/ครู/จนท.สธ ในการส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้วยโปรแกรม Triple-P Plus ๔D

๘. สนับสนุนให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ผ่าน best practice เช่น สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔D ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน

๙. สนับสนุนให้สถานบริการบริการสาธารณสุขทุกระดับ และภาคีเครือข่าย มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็ก

๑๐. จัดทำแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน

๑๑. จัดทำแนวทางระบบการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเพื่อได้รับการวินิจฉัยโรค และแก้ไขปัญหาพัฒนาการ

๑๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย

๑๓. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่างๆ

๑๔. ประเมินรับรองมาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพในโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ/ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน /สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ และด้านสุขภาพ ๔D

๑๕.ขับเคลื่อนและติดตามการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและด้านสุขภาพ ๔D ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๑๖. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๑๗. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม และระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ

๑๘. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน /สรุปผล/วิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการแก้ไข

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน/การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากซีด สูงดีสมส่วน เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล โดยมีคณะกรรมการ พชอ.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและด้านสุขภาพ ๔D ในระดับอำเภอ

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย พัฒนาการสมวัย ปราศจากชีด สูงดีสมส่วน เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด อำเภอ และตำบล และสนับสนุนองค์ความรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และสร้างความรอบรู้ผ่าน Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก และ App Khunlook ให้กับครอบครัวชุมชน เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล

๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานในคลินิก WCC คุณภาพ จัดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ การคัดกรองภาวะโลหิตจางการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และจัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือ DSPM

๖. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กปี ๒๕๖๐ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เน้นการดำเนินการตามบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัย พัฒนาการสมวัย ปราศจากชีด ในระดับอำเภอ/ตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พชอ.

๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการอาหารเด็กอายุ ๖ เดือน–๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก

๙. จัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชน และเน้นกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

๑๐. ส่งเสริมลานเล่นในชุมชน และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามภูมิปัญญาท้องถิ่น/เกิดนวัตกรรมในชุมชน

๑๑. ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า

๑๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/อสม.เรื่องพัฒนาการเด็ก/Triple-P Plus ๔D /โภชนาการ/ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก/สุขภาพช่องปาก/ วัคซีน ฯลฯ

๑๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอและตำบล ใน WCC/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/อสม.

๑๔. พัฒนาความรู้ ทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข

๑๕. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่างๆ เช่น ในชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น

๑๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง

๑๗. ส่งเสริมการใช้ Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก

๑๘. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media

๑๙. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice อำเภอที่มีการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากชีด และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น

๒๐. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือนทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิกให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก

๒๑. ขับเคลื่อนการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง โดยมีการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ในหน่วยบริการ รพ./รพ.สต.

๒๒. ขับเคลื่อนและติดตามการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและด้านสุขภาพ ๔D ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในระดับอำเภอ

๒๓. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด อำเภอ กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๒๔. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม และระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ

๒๕. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/สรุปผล/วิเคราะห์สถานการณ์และ แนวทางการแก้ไข

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย/ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน /การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากชีด สูงดีสมส่วน เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล โดยมีคณะกรรมการ พชต.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน

๒. พัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และด้านสุขภาพ ๔D ในระดับตำบล

๓. สร้างกระแส/รณรงค์ ตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากชีด สูงดีสมส่วนเป็นนโยบายสำคัญของจังหวัด อำเภอและตำบล และสนับสนุนองค์ความรู้ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ และสร้างความรอบรู้ผ่าน Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก และ App Khunlook ให้กับครอบครัว ชุมชน เป็นนโยบายสำคัญของอำเภอและตำบล

๔. จัดบริการ WCC คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานในคลินิก WCC คุณภาพ จัดให้บริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ การคัดกรองภาวะโลหิตจางการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และจัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

๕. ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือ DSPM และสร้างความรอบรู้ผ่าน Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก และ App Khunlook

๖. ขับเคลื่อน พ.ร.บ.ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กปี ๒๕๖๐ ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน เน้นการดำเนินการตามบันได ๑๐ ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และกินต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัยจนลูกอายุ ๒ ปีหรือมากกว่า

๗. ดำเนินงานตามแนวทางตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากชีด สูงดีสมส่วน ในระดับอำเภอ/ตำบล โดยใช้กลไก MCH Board และ PCC และคณะกรรมการ พชอ./พชต.

๘. จัดอบรม สาธิตและฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการอาหารเด็กอายุ ๖ เดือน–๕ ปี แก่พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก

๙. จัดกิจกรรมตามหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ ปู่ย่าตายายพัฒนาเด็กปฐมวัย/เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในชุมชนและเน้นกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

๑๐. ส่งเสริมลานเล่นในชุมชน และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามภูมิปัญญาท้องถิ่น/เกิดนวัตกรรมในชุมชน

๑๑. ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และแนวทางการดูแล/ส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า

๑๒. พัฒนาศักยภาพ พ่อแม่/ปู่ย่าตายาย/ผู้เลี้ยงดูเด็ก/ครูผู้ดูแลเด็ก/อสม.เรื่องพัฒนาการเด็ก/ Triple-P Plus ๔D /โภชนาการ/ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก/สุขภาพช่องปาก/ วัคซีน ฯลฯ

๑๓. พัฒนาศักยภาพแกนนำระดับอำเภอและตำบล ใน WCC/สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/อสม.

๑๔. พัฒนาความรู้ ทักษะให้บุคลากรสาธารณสุข

๑๕. พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะและความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กแก่ประชาชน ใน setting ต่างๆ เช่น ในชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นต้น

๑๖. จัดทำ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ชุดความรู้ คู่มือต่างที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง การใช้ Application ๙ ย่างเพื่อสร้างลูก ,App KhunLook

๑๗. สื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน โดยผ่าน social media

๑๘. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ best practice อำเภอที่มีการส่งเสริมและแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัย การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๒,๕๐๐ วัน โรงพยาบาลต้นแบบการให้บริการโภชนาการใน ANC และ WCC การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย ปราศจากซีด และลานเล่นในชุมชน เป็นต้น

๑๙. จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี ทุกราย/จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนให้หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมบุตรถึง ๖ เดือนทุกราย/จ่ายวิตามินธาตุเหล็กและโฟลิก ให้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๘-๓๔ ปี ที่พร้อมจะมีลูก

๒๐. ขับเคลื่อนการดำเนินการเฝ้าระวังภาวะโลหิตจาง โดยมีการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือน ในหน่วยบริการระดับ รพ./รพ.สต.

๒๑. ขับเคลื่อนและติดตามการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและด้านสุขภาพ ๔D ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๒๒. ร่วมกับศูนย์อนามัยฯ จังหวัด กำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

๒๓. กำกับติดตามการนำเข้าข้อมูลในโปรแกรมหลัก ๔๓ แฟ้ม และระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ

๒๔. นิเทศ ติดตาม การดำเนินงาน/สรุปผล/วิเคราะห์สถานการณ์และ แนวทางการแก้ไข

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาววิจิตรา สันคนุช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๖๑-๙๒๖๔๑๘๖

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๖ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๕ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๐-๕ ปี หมายถึง เด็กที่แรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟันหรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก และไม่มีฟันถูกถอน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๕ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	-	-	ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก

๒. เพื่อให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ฟันดีไม่มีผุ

B : จำนวนเด็กแรกเกิด ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ๐-๕ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘ ๙๘๓๑ ๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙ ๘๔๗๙ ๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๐ เด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน
ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๐.๑ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ร้อยละ ๘๐
ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๐.๒ ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๖๖
ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๒ โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กอายุ ๖ ปีเต็ม ถึง ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ตามเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ.๒๕๖๓

โรงเรียน หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาสและโรงเรียนมัธยมศึกษา ทุกสังกัด

โรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความพร้อมและสมัครเข้าสู่กระบวนการ ได้มีการประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนและผ่านการรับรองจากกรมอนามัย สะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และยังไม่หมดอายุการรับรอง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. ร้อยละของเด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง	ร้อยละ ๓๗.๕๑	ร้อยละ ๘๑.๐๗	ร้อยละ ๑๐๐
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๗๓.๔๔	ร้อยละ ๗๐.๖๕	ร้อยละ ๖๙.๓๔
๓. โรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้อยละ ๒๑.๗๑	ร้อยละ ๒๙.๔๔	ร้อยละ ๓๕.๘๗

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๒. เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม มีภาวะการเจริญเติบโตสมวัย

๓. เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

๒. โปรแกรม School health (https://gshps-th.com/) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัด ๒.๑๐.๑ ความครอบคลุมของเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ได้รับการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง

A : จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

B : จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ทั้งหมดในพื้นที่ (ฐานข้อมูลจากต้นสังกัดของโรงเรียน)

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

ตัวชี้วัด ๒.๑๐.๒ เด็กนักเรียน (๖-๑๔ ปี) สูงดีสมส่วน

A : จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่สูงดีสมส่วน

B : จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

ตัวชี้วัด ๒.๑๒ ร้อยละโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)

A : จำนวนโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLS)

B : จำนวนโรงเรียนทั้งหมดในพื้นที่

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนา ขับเคลื่อน ติดตาม ประเมินผล นโยบายและแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ให้มีประสิทธิภาพ สามารถเพิ่มคุณค่าและใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่า สอดคลองไปในทิศทางเดียวกัน และการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ ส่งเสริมศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู แกนนำนักเรียนและนักเรียนในโรงเรียน ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

๓. พัฒนาและรักษามาตรฐานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ยกระดับสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล

๔. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน กับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเด็กวัยเรียนสุขภาพดี แบบมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน คำสั่งคณะกรรมการวัยเรียนระดับจังหวัด/อำเภอ คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากลระดับจังหวัด/อำเภอ และปรับปรุงทะเบียนผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่ทุกภาคส่วนให้เป็นปัจจุบัน

๒. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรม ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ประสานความร่วมมือ และสนับสนุนในการตรวจคัดกรองสุขภาพ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและส่งต่อตามความจำเป็น

และงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน (การจัดการอาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่ประเมินภาวะโภชนาการนักเรียน แล้วบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน HDC เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลและให้มีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น ดังนี้ วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ ๒ ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล ๒ ภาคเรียน ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๘) ลงข้อมูลเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๘-๓๑ มกราคม ๒๕๖๙ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๙) ลงข้อมูลเดือนพฤษภาคม-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๙

๓. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ พัฒนาศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะให้แก่บุคลากรสาธารณสุข ครู แกนนำนักเรียนและนักเรียนในโรงเรียน ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน การจัดการแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการสุขภาพเด็กวัยเรียน พัฒนาศักยภาพและทักษะการตรวจคัดกรองสุขภาพ การคัดกรองสายตาและการได้ยินในนักเรียน สร้างเสริมและพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ พัฒนาศักยภาพทีมผู้ประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพมาตรฐานสากล (Global Standards for Health Promoting School: GSHPS) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรภาคการศึกษาครอบคลุมทุกพื้นที่ ค้นหา best practice ในพื้นที่ เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน รวมทั้งโครงงานสุขภาพนักเรียน ด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ : การปรับเปลี่ยนให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เผยแพร่และส่งประกวดในระดับเขตสุขภาพต่อไป

๔. ขับเคลื่อนการดำเนินงานและรักษามาตรฐานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ของเด็กวัยเรียนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในยุคปัจจุบัน โดยโรงเรียนที่มีความพร้อมและสมัครเข้าสู่กระบวนการ ได้มีการประเมินตนเองในโปรแกรมประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนของกรมอนามัย ที่ https://gshps-th.com/ ดำเนินการร่วมกันทั้งส่วนศึกษาและส่วนสาธารณสุขทั้งด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์สุขภาพของนักเรียน จนผ่านการรับรองจากกรมอนามัย และยกระดับโรงเรียนที่มีความพร้อมพัฒนาสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล(Global Standards for Health Promoting School: GSHPS) เพื่อให้เด็กวัยเรียนเก่ง ดี มีทักษะ แข็งแรง เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีและมีคุณภาพ โดยทำการลงทะเบียนในโปรแกรมและเข้าร่วมการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล ที่ https://gshps-th.com/

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายทุกระดับ พัฒนาช่องทางการสื่อสารให้เข้าถึงได้ทุกที่ทุกเวลา เพื่อสร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรในเครือข่ายที่มีความหลากหลายของช่วงวัย เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนกับภารกิจขององค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง

๖. นิเทศ กำกับ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง ประเมินผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีประสิทธิภาพและใช้ทรัพยากรได้อย่างคุ้มค่าและการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๙. ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริรัตน์ จ่ากุญชร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารรณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙ ๖๙๓๗ ๙๐๙๗ E-mail : sirirat.phe@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๑ อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน
๒. คำนิยาม

จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน
๓. เกณฑ์เป้าหมาย อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ ๑๕-๑๙ ปี ต่อจำนวนประชาการหญิงอายุ ๑๕-๑๙ปี ๑,๐๐๐ คน	ไม่เกิน ๒๓	ไม่เกิน ๒๓	ไม่เกิน ๒๓

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพและประชากรกลางปีจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

๒. ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิด มีชีพ (LBORN) และประชากร Type Area = ๑,๓)

B : จำนวนหญิงอายุ๑๕-๑๙ ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรType Area=๑,๓)

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑,๐๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดมหาสารคาม

๒. ผ่านกลไก พชอ. พชต. ศชร. ตำบลเปี่ยมสุขและCIPO กลุ่มวัย

๓. ผ่านผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น ระดับอำเภอ ตำบล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

๒. เพิ่มทักษะชีวิตที่ดี

๓. เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร YFHS ฉบับบูรณาการ เป็นส่วนตัว รักษาความลับ และได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค

๔. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวก และมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลาน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการปรึกษาทางเลือก สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์รวมถึงได้รับบริการที่เป็นมิตร และถูกต้องตามหลักวิชาการในการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอด หรือการยุติการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

๖. ใช้กระบวนการ PIRAB ในการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นายวุฒิชัย อินทะวุธ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙ ๐๘๙๔ ๙๕๘๙ E-mail wuthichaiin๐๘๐๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๓ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี
๒. คำนิยาม

ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ ครั้งที่ ๒ ขึ้นไป ต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพการคลอดไร้ชีพและการแท้งทุกประเภท

๓. เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ ๑๓.๕

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี(adjusted)	ไม่เกิน ร้อยละ๑๓.๕	ไม่เกิน ร้อยละ๑๓.๕	ไม่เกิน ร้อยละ๑๓.๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประชากรกลุ่มเป้าหมายหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ ด้วยการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการทำแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล ที่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ ๒ เป็นต้นไป

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอด/แท้งบุตรจากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด BTYPE(LABOR) = ๑-๖ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปัดเศษลง< ๒๐ ปี นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID+BDATE)

B : จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีที่มารับบริการการคลอดการคลอด/แท้งบุตรจากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด BTYPE (LABOR) = ๑-๖ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง BDATE (LABOR) – BIRTH (PERSON) ปัดเศษลง < ๒๐ ปี นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID+BDATE)

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดมหาสารคาม

๒. ผ่านกลไก พชอ. พชต. ศชร. ตำบลเปี่ยมสุขและ CIPO กลุ่มวัย

๓. ผ่านผู้รับผิดชอบงานวัยรุ่น ระดับอำเภอ ตำบล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับความรอบรู้ด้านเพศวิถีศึกษา

๒. เพิ่มทักษะชีวิตที่ดี

๓. เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร YFHS ฉบับบูรณาการ เป็นส่วนตัว รักษาความลับและได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเสมอภาค

๔. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติเชิงบวก และมีบทบาทในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตรหลานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

๕. วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการปรึกษาทางเลือก สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์รวมถึงได้รับบริการที่เป็นมิตร และถูกต้องตามหลักวิชาการในการฝากครรภ์ การคลอด การดูแลสุขภาพหลังคลอดหรือการยุติการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ

๖. ใช้กระบวนการ PIRAB ในการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นายวุฒิชัย อินทะวุธ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙ ๐๘๙๔ ๙๕๘๙ E-mail wuthichaiin๐๘๐๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๔ ร้อยละของวัยทำงาน อายุ ๑๙-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

๒. คำนิยาม

๑. วัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๙ ปีเต็ม ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒. ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายระหว่าง ๑๘.๕ - ๒๒.๙ กิโลกรัม/ตารางเมตร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๕๘	ปีงบประมาณ ๒๕๕๙
ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	๕๔	๕๖	๕๘

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) และมีความรอบรู้สุขภาพส่งผลให้มีดัชนีมวลกายปกติ

๕. แหล่งข้อมูล Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDSCREEN และ NUTRITION

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ

B : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ระดับคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐
๒. คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทุกระดับ (A-F๓) ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด

จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A - F๓) ตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น ๓ ระดับ

๑. โรงพยาบาลระดับ F๑-F๓
๒. โรงพยาบาลระดับ M๑-M๒
๓. โรงพยาบาลระดับ S-A

โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้

ระดับ A (Advance-level Hospital): โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง

ระดับ S (Standard-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ

ระดับ M๑ (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ

ระดับ M๒ (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไปที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ –๕ คน และแพทย์เฉพาะทาง ครบทั้ง ๖ สาขาหลักสาขาละอย่างน้อย ๒ คน

ระดับ F๑ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด ๖๐-๑๒๐ เตียง

ระดับ F๒ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด ๓๐-๙๐ เตียง

ระดับ F๓ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด ๓๐ เตียงที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๑-๒ คน

ผ่านเกณฑ์คุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

รพ. ระดับ F ผ่านระดับพื้นฐาน ขึ้นไป
รพ. ระดับ M ผ่านระดับดี ขึ้นไป
รพ. ระดับ A,S ผ่านระดับดีมาก ขึ้นไป

การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยันวินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษา ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะหกล้ม หรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่นๆ

ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มีสาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมองหลายๆ ด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม

ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ

ระดับการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

๑. ระดับควรพัฒนา น้อยกว่า ๕๕ คะแนน

๒. ระดับพื้นฐาน ๕๖-๗๐ คะแนน

๓. ระดับดี ๗๑-๘๔ คะแนน

๔. ระดับดีมาก ๘๕-๙๔ คะแนน

๕. ระดับดีเด่น ๙๕-๑๐๐ คะแนน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) อื่น ๆ อย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. การดำเนินการตามวิธีการจัดเก็บข้อมูล โดย รพท./รพช.

๒. ประเมินตามแบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุ และรายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (ระบบ DMS Care Tools) /รายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ที่ส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๓. สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.) และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. รพ.ทุกระดับ ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุน การรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล

๔. มี Care manager, Care giver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในรพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver รายใหม่/ฟื้นฟูความรู้รายเก่า ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (รายใหม่) ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง และฟื้นฟูความรู้ (รายเก่า) ตามคุณสมบัติของหลักสูตร กรมอนามัย ๑๘ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง และ ๑๘ ชั่วโมง

๖. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ

๖.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๖.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๖.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๖.๖ มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพทุกอำเภอ

๙. ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๖ ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๔.๕
๒. คำนิยาม

๑. ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

๒. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนก กลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ – ๑๑ คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ - ๔ คะแนน

๓) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (กลุ่มติดสังคม)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง	NA	ร้อยละ ๙๔.๕	ร้อยละ ๙๔.๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมและสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ

๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

๓. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

๒. บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

B : จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและดูแลรักษาผู้สูงอายุ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) อำเภอ (พชอ.) ตำบล (พชต.) หมู่บ้าน (พชม.) และคณะทำงาน ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกองทุน LTC

๓. รพ.ทุกระดับ ขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และมีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุน การรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล

๔. มี Care manager, Care giver และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (อสบ.) ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. มีการประเมิน/คัดกรองผู้สูงอายุทุกคน

๑.๑ กลุ่ม Geriatric syndromes

๑.๒ โรคพบบ่อยและสำคัญ (โรคหัวใจหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฟัน ตา) เฝ้าระวังการหกล้มและสมองเสื่อม

๑.๓ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ (ADL)

๒. จัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๒.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นรายคน

๒.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม โดยจัดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง โดยใช้แนวคิด ๓S และหลักสูตร ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย

๒.๓ สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในชุมชน (Individual Wellness Plan Plan) ผ่านโรงเรียน/ชมรมผู้สูงอายุ

๒.๔ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (Daycare)

๓. ส่งต่อวินิจฉัยรักษา (Flow chart)

๓.๑ มีระบบการดูแล/บริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ (คลินิกผู้สูงอายุ)

๓.๒ พัฒนาระบบ intermediate care (IMC) สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

๔. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในรพ. ทุกแห่ง

๔.๑ จัดทำข้อมูลและแผนการดูแลกลุ่มพึ่งพิงเป็นรายคน

๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

๔.๓ ให้บริการฟื้นฟูและกิจกรรมบำบัดผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง (Daycare)

๕. อบรม Care giver รายใหม่/ฟื้นฟูความรู้รายเก่า ดำเนินการดังนี้

๕.๑ คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (รายใหม่) ตามคุณสมบัติของหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง และฟื้นฟูความรู้ (รายเก่า) ตามคุณสมบัติของหลักสูตร กรมอนามัย ๑๘ ชั่วโมง ในพื้นที่เป้าหมาย

๕.๒ จัดอบรม Care giver ตามหลักสูตรกรมอนามัย ๗๐ ชั่วโมง และ ๑๘ ชั่วโมง

๖. พัฒนาศักยภาพ ครู ก ดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ

๗. ประสานความร่วมมือกับชุมชนมีการจัดระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องดำเนินการ ดังนี้

๗.๑ สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ เช่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ

๗.๒ การคืนข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้ภาคีเครือข่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

๗.๓ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy

๗.๔ ประสานงานและสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

๗.๕ ทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

๗.๖ มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพทุกอำเภอ

เอกสารสนับสนุน **:** คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข

๙. ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๗ ร้อยละของกุฏิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
๒. คำนิยาม

กุฏิชีวาภิบาล หมายถึง สถานที่ให้บริการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (long-term care and palliative care facility) ที่ตั้งอยู่ในวัด

กุฏิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง มีการจัดตั้งกุฏิชีวาภิบาลและดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนาของกรมอนามัย และกุฏิชีวาภิบาลควรได้รับการรับรองจากกรมอนามัย โดยแบ่งเป็น ๒ ระดับ คือ ระดับดี (Advance) และระดับพื้นฐาน (Basic) มีเกณฑ์ ๓ ด้าน (รายละเอียดในภาคผนวก) ได้แก่

ด้านที่ ๑ มาตรฐานการบริหารจัดการองค์กร ประกอบด้วย

๑.๑ อาคารสถานที่

๑.๒ โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และอัตรากำลังของหน่วยงานสถานที่ที่เป็นปัจจุบัน

๑.๓ การดำเนินงาน/ กิจกรรมที่สอดคล้องกับการจัดบริการ

๑.๔ มีระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (ข้อมูลและทะเบียนผู้ป่วย, ครุภัณฑ์, การเงิน)

๑.๕ ระบบบริหารจัดการด้านความปลอดภัยและข้อร้องเรียน

๑.๖ เป็นเครือข่ายรับส่งต่อ ของหน่วยบริการในพื้นที่

ด้านที่ ๒ มาตรฐานผู้ให้บริการ ประกอบด้วย

๒.๑ คุณสมบัติของผู้ให้บริการ

๒.๒ มาตรฐานทักษะของผู้ปฏิบัติงาน

ด้านที่ ๓ มาตรฐานการจัดบริการการดูแลผู้ป่วย

๓.๑ มีการจัดทำแผนบริการการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยแบบประคับประคองหรือผู้ป่วย ระยะท้าย

๓.๒ มีการบันทึกการให้บริการ

๓.๓ มีขั้นตอน/แนวทางและการดำเนินงานตามขั้นตอน/แนวทาง เพื่อส่งต่อระหว่างสถานชีวาภิบาลและหน่วยบริการในพื้นที่

๓.๔ การดูแลทั้ง ๔ ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ และด้านสังคม

๓.๕ กรณีที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต้องมี ระบบสนับสนุนการจัดทำ Living will

๓.๖ ระบบสนับสนุนบริการ โดยกุฏิชีวาภิบาลควรได้รับการรับรองจากกรมอนามัย

ระดับการประเมินกุฏิชีวาภิบาล ตามมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชน และองค์กรศาสนา กรมอนามัย

(A) หมายถึง Advance กล่าวคือ ข้อบ่งชี้นั้นเป็น ระดับดี

(B) หมายถึง Basic กล่าวคือ ข้อบ่งชี้นั้นเป็น ระดับพื้นฐาน

ขอบเขตการให้บริการกุฏิชีวาภิบาล คือ ให้บริการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อยู่ในระยะประคับประคองและระยะท้ายของชีวิตตามศักยภาพของกุฏิชีวาภิบาล โดยครอบคลุมการบริการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ และจัดให้มีพระคิลานุปัฏฐาก และ care giver ที่มีศักยภาพในการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย ที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐานของกรมอนามัย หรือกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีทีมบุคลากรด้านสุขภาพทุกระดับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเป็นทีมสนับสนุนช่วยเหลือ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของกุฏิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีสถานที่ให้บริการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลประคับประคอง/ระยะท้าย (long-term care and palliative care facility) ที่ตั้งอยู่ในวัด

๒. เพื่อให้พระสงฆ์อาพาธ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่อยู่ในระยะประคับประคองและระยะท้ายของชีวิต เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพตามศักยภาพของกุฏิชีวาภิบาล โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา กรมอนามัย และรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ฯ

๒. เกียรติบัตรจากกรมอนามัย ผ่านการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์กรศาสนา กรมอนามัย

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนกุฏิชีวาภิบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

B : จำนวนกุฏิชีวาภิบาลในเขตรับผิดชอบ

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ผ่านคณะกรรมการ พชจ. พชอ. พชต. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาชีวาภิบาล ระดับจังหวัด อำเภอ และภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญของการดำเนินงาน และมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

เช่น พระสังฆาธิการจังหวัดร่วมขับเคลื่อนงาน มีพระสงฆ์ที่จบการศึกษาด้านการแพทย์และสาธารณสุข พระคิลานุปัฏฐาก และพระสงฆ์ในวัด ให้การดูแลรักษาพระสงฆ์อาพาธ มีภาวะพึ่งพิง และระยะท้าย ที่อยู่ในวัด ร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุข และชุมชน เป็นต้น

๒. จัดตั้งกุฏิชีวาภิบาล ตามแนวทาง/มาตรฐาน และให้บริการดูแลผู้ป่วย ครอบคลุมทุกอำเภอ และยกระดับกุฏิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง

๓. เพิ่มการเข้าถึงบริการการดูแลพระสงฆ์อาพาธ

๔. พัฒนากุฏิชีวาภิบาล ผ่านการรับรอง กรมอนามัย/ ขึ้นทะเบียนมาตรา ๓ (สปสช.)

๕. พัฒนาระบบการดูแล ส่งต่อระหว่างกุฏิชีวาภิบาล และ รพ.

๖. พัฒนากุฏิชีวาภิบาล/วัดส่งเสริมสุขภาพ เป็น Health Station @ Temple/ รร.เบาหวานคณาราม

๗. พัฒนาศักยภาพพระสงฆ์เข้ารับการอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก และพัฒนาศักยภาพต่อยอดในหลักสูตรต่างๆ เช่น การดูแลพระอาพาธ ๑๔๐ ชั่วโมง เป็นต้น

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สำรวจพระสงฆ์ สามเณร ชี อาพาธ มีภาวะพึ่งพิง และระยะท้ายที่อยู่ในวัด พระสงฆ์ที่จบด้านการแพทย์และสาธารณสุข และพระคิลานุปัฏฐากในพื้นที่

๒. ตรวจสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร ชี ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ หากพบกลุ่มเสี่ยง ให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือรักษา อย่างถูกต้องเหมาะสม

๓. มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ และผู้เกี่ยวข้อง เรื่องการดูแลสุขภาพ โภชนาการ อาหารถวายพระ ลดหวาน มัน เค็ม การดูแลสุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

๔. อบรมพระคิลานุปัฏฐากทุกตำบล เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระ และดูแลพระสงฆ์ สามเณร ชี อาพาธ ในกุฏิชีวาภิบาล

๕. อบรม/ฟื้นฟูความรู้ CM,CG รองรับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในสถานชีวาภิบาล

๖. จัดตั้งกุฏิชีวาภิบาล ดูแลพระสงฆ์ สามเณร ชี อาพาธ และดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาล ในชุมชนและองค์กรศาสนา กรมอนามัย และยกระดับกุฏิชีวาภิบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง / ขึ้นทะเบียนมาตรา ๓ (สปสช.)

๗. จัดระบบการรักษา พระสงฆ์ สามเณร ชี อาพาธ และช่องทางเฉพาะ (Fast track) โดยทีมแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร จัดบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

๘. ติดตาม/ประสานการดูแลพระสงฆ์อาพาธ ผ่านไลน์กลุ่ม

๙. ดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพ/Health Station @ Temple/รร.เบาหวานคณาราม อย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง

๙. ผู้รับผิดชอบ

ชื่อ-สกุล นางสาวยศสยา อ่อนคำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๔๒๕๙๗๙ E-mail : yod_mangpor@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒.๑๘ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๑๓ แห่ง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๘๗	๘๙	๙๐

๔. วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวมในภาพจังหวัด มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๕. แหล่งข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

B : จำนวนอำเภอ ๑๓ แห่ง

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม และตัวชี้วัดการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณชีวิต (ด้านสาธารณสุข) ระดับจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒. สนับสนุนให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล

๓. สนับสนุนการดำเนินงานให้เกิดนวัตกรรมระดับพื้นที่ (พชอ. /พชต.)

๔. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชื่นชมและเสริมพลัง พร้อมทั้งนำเสนอ Best practice "ผลงานเด่น เพื่อส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน จังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓อ ๔ส

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑

๒. จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนานำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๓. จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับอำเภอ

๔. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจนตามบริบทของพื้นที่

๕. จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (กำหนดเป้าประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงาน ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบ)

๖. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๗. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณการ และมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

๘. ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามประเด็นที่คัดเลือกให้เกิดนวัตกรรมในระดับพื้นที่ (พชอ.)

๙. รายงานความก้าวหน้า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการประชุมคณะกรมการจังหวัดทุกเดือน

๑๐. บันทึกผลการดำเนินงานผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (Cockpit พชอ.)

๑๑. พัฒนาศักยภาพ PM ระดับอำเภอ ในการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นและแหล่งงบประมาณต่างๆ ที่จะสนับสนุนการดำเนินการตามประเด็นดำเนินการ

๑๒. ประสานให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับตำบล เพื่อดำเนินการตามประเด็นที่ พชอ.คัดเลือก ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

๑๓. ประเมินตนเองการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE

๑๔. มีการติดตามการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้กระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง

๑๕. สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๑๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวระพีพร คำเจริญ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖๘๕๔๑๘๕๒ E-mail : rapeeporn๗๑๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๑ : โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
๒. คำนิยาม

ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลตามมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. ๒๕๔๗ หมู่บ้านและชุมชน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดมหาสารคาม รวมจำนวน ๑,๙๔๔ หมู่บ้าน ๓๐ ชุมชน (เทศบาลเมืองมหาสารคาม)

การจัดการสุขภาพที่เหมาะสม หมายถึง การดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามบริบทของชุมชนนั้น ๆ โดยกระบวนการสร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (Plan) มีการจัดกิจกรรมดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และมีการประเมินผลการดำเนินงาน (Result) ชุมชนที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องผ่านเกณฑ์การพัฒนาตั้งแต่ระดับพัฒนาขึ้นไป

ระดับการพัฒนา

๑. ระดับพัฒนา : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
๒. ระดับดี : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ
๓. ระดับดีมาก : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน
๔. ระดับดีเยี่ยม : มีทีม ข้อมูล การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีแผน มีการจัดกิจกรรมฯ มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน มีผลการดำเนินงาน เป็นแหล่งเรียนรู้ชุมชน ประชาชน ในชุมชนมีภาวะสุขภาพที่ดี

แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครสาธารณสุขผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาสาสร้างสุขภาพ (Gen H) ยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) เป็นต้น

เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคีที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พชอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน

พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้าน/ชุมชนทุกแห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑,๙๔๔ หมู่บ้าน ๓๐ ชุมชน รวมทั้งสิ้น ๑,๙๗๔ หมู่บ้าน/ชุมชน

การดำเนินงานพัฒนาชุมชน ให้มีการดำเนินการจัดการสุขภาพ กระบวนการดำเนินงานเน้นการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยมีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

๑. จัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการหลักระดับหมู่บ้าน/ชุมชน โดยการมีส่วนร่วมขององค์กร ในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และแกนนำ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล เกษตรอำเภอ/ตำบล พัฒนาชุมชน แกนนำ ชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ปราชญ์ชาวบ้าน) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นต้น มีบทบาท กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

๒. ศึกษาบริบท/สถานการณ์การเจ็บป่วย/พฤติกรรมการออกกำลังกาย การกินผัก ผลไม้สด ที่ปลอดสารพิษและลดอาหารไขมันตลอดจนปัจจัยเอื้อในหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวางแผนและการจัดกิจกรรม

๓. ส่งเสริม และสนับสนุนให้พื้นที่เป้าหมายมีการจัดเวทีชาวบ้านในการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และจัดทำโครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ แผนการพัฒนาหมู่บ้าน/แผนปฏิบัติการกำหนดมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องซึ่งต้องครอบคลุมทั้งกิจกรรมการเสริมสร้างความรู้และทักษะในการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้สดปลอดสารพิษ และลดอาหารไขมันและการจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน

๔. ส่งเสริม สนับสนุนให้หมู่บ้านมีการจัดปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการออกกำลังกาย การปลูกผัก กินผัก ผลไม้สดปลอดสารพิษและลดอาหารไขมัน

- ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เช่น ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การกินผักและผลไม้สดปลอดสารพิษ การลดอาหารไขมัน
- ปัจจัยเอื้อ ได้แก่
  ๑) มีสถานที่สำหรับให้ประชาชนการออกกำลังกายอย่างน้อย ๑ แห่ง
  ๒) มีวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือสำหรับใช้ออกกำลังกาย
  ๓) จัดให้มีแหล่งปลูกผักปลอดสารพิษรวม (ศูนย์การเรียนรู้เกษตรอินทรีย์) อย่างน้อย ๑ จุด (วัด/โรงเรียน/องค์การบริหารส่วนตำบล ฯลฯ)
  ๔) หมู่บ้านมีแหล่งน้ำอยู่ใกล้บริเวณปลูกผักรวมของหมู่บ้าน
  ๕) จัดสถานที่ในการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของหมู่บ้าน (ศูนย์การเรียนรู้)
- ปัจจัยเสริม ได้แก่ มีมาตรการทางสังคมของหมู่บ้าน

๕. ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย กินผัก ผลไม้สดปลอดสารพิษและอาหารไขมัน ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการปรับกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๖. ประสานการใช้ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานกับหน่วยงาน/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๗. ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ

๘. ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน

๙. สรุปและจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินการชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ มีกลุ่มหรือองค์กรที่อยู่ในตำบลเดียวกัน ประกอบด้วย รพ.สต. หมู่บ้าน และโรงเรียน มีการดำเนินงานพัฒนาให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการจัดการเรียนรู้ ฝึกทักษะ และจัดปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอต่อความต้องการ และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับวิถีชีวิต ทำการประเมินในโปรแกรม Health Gate แบ่งระดับการพัฒนาออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่

๑. ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับพัฒนา และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติระดับดี

๒. ระดับพัฒนา ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติระดับดีมาก.

๓. ระดับคุณภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับพัฒนา หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับดีเยี่ยม และโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติระดับดีเยี่ยม

ตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง ตำบลต้องดำเนินการผ่านเกณฑ์ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนี้

เชิงปริมาณ ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ต้องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับพัฒนา
หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับพัฒนา
โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดี

เชิงคุณภาพ ตำบลต้นแบบจัดการคุณภาพชีวิต ต้องผ่านเกณฑ์ ระดับคุณภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับคุณภาพ
หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระดับดีเยี่ยม
โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดีเยี่ยม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
๒. เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการสุขภาพของชุมชนได้

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. HDC

๒. ฐานข้อมูลกรม/กอง/หน่วยงาน

๓. ข้อมูลจากการตรวจราชการ

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนตำบลที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนตำบลเป้าหมาย ๑๓๓ ตำบล

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สร้างความร่วมมือ กลไกการขับเคลื่อนงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย

๒. แผนการดำเนินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ

๓. ดำเนินการโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

๔. การประเมินผล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดตั้งคณะทำงานหรือคณะกรรมการหลักระดับหมู่บ้าน/ชุมชน

๒. ศึกษาบริบท/สถานการณ์การเจ็บป่วย/พฤติกรรมการออกกำลังกาย การกินผัก ผลไม้สด ที่ปลอดสารพิษและลดอาหารไขมันตลอดจนปัจจัยเอื้อในหมู่บ้าน เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประกอบการวางแผนและการจัดกิจกรรม

๓. ส่งเสริม และสนับสนุนให้พื้นที่เป้าหมายมีการจัดเวทีชาวบ้านในการคืนข้อมูลสู่ชุมชน และจัดทำโครงการพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หรือหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ

๔. ส่งเสริม สนับสนุนให้หมู่บ้านมีการจัดปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

๕. ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ

๖. ประสานการใช้ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานกับหน่วยงาน/ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๗. ดำเนินการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ

๘. ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ และปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาหมู่บ้านร่วมกับคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน

๙. สรุปและจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘ - ๕๖๘๑๐๓๘ E-mail :
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวฐิติชญา บุรีรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐ - ๘๔๕๙๗๓๙ E-mail : sinemui_suchada@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๒ : โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔ อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป
๒. คำนิยาม

อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป เป็นตัวชี้วัดจาก การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Communities : HLC) ในแต่ละปี ซึ่งจัดโดยหน่วยบริการที่เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) การประเมินใช้ระบบการประเมินจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ่นใจ) https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/ **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้และทักษะของบุคคลที่จำเป็นสำหรับการเข้าถึง เข้าใจ ประเมินและตัดสินใจด้านสุขภาพของตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรค ฟื้นฟูสุขภาพร่างกายและจิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพที่ดี กับผู้รับบริการตามกลุ่มวัย ได้แก่ กลุ่มมารดาและทารก กลุ่มวัยเรียนวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และเมืองสุขภาพดี ที่อาจเป็นประชาชนหรือพนักงานในหน่วยงานนั้นหรืออยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบหน่วยบริการ หน่วยบริการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization : HLO) หมายถึง หน่วยบริการที่มีแนวปฏิบัติ (practices) การบริการส่งเสริมสุขภาพและให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการของตนเองได้ง่ายขึ้นและสะดวกขึ้น เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพจากผู้ใช้บริการของหน่วยบริการตั้งแต่ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนตามบริบทพื้นที่ที่หน่วยบริการจัดขึ้น หรือเลือกใช้จากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจากแพลตฟอร์มเว็บไซต์ศูนย์รวมข้อมูลและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพประเทศไทย (สาสุขอุ่นใจ)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	NA	๘๒	๘๓

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมความรู้และทักษะในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ความรู้และการบริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัย

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

การสำรวจในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ระดับชาติ (ฉบับย่อ ๑๗ คำถาม ปรับปรุงปี ๒๕๖๕) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะประเมินทักษะที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ทำ ไม่ได้เลย หรือไม่เคยทำ (๐ คะแนน) ทำได้ยากมาก (๑ คะแนน) ทำได้ยาก (๒ คะแนน) ทำได้ ง่าย (๓ คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (๔ คะแนน) ทั้งนี้ เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ ๔๕ คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ ของ The European Health Literacy Project ๒๐๐๙-๒๐๑๒ ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่าร้อยละ ๖๖ ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (๔๕ คะแนน)

B : จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด

๒. สนับสนุนให้เกิดองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) มีการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา

๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการโดยการสำรวจจากผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพและ ชุมชนนำร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ) ในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ” รอบไตรมาส ๓, ๖, ๙, และ ๑๒ เดือน

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ)

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในทุกมิติเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCDs สุขภาพภาคประชาชน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน

๒. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนและบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม “สาสุข อุ่นใจ” คนไทยรอบรู้ทุกๆ สัปดาห์ เพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO)

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย อบจ. พชอ. รพช.

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือพัฒนานักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อบริการส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในทุกคลินิกบริการสุขภาพ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรม

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และ NCDs และ การตรวจสุขภาพประจำปี

๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ

แนวทางการดำเนินระดับตำบล

๑. จัดทำ คำสั่งระดับตำบล/รพ.สต. แผนงาน ทะเบียนการลงทะเบียน

๒. มีแนวทางการดำเนินงาน /แผนการขับเคลื่อนงาน

๒.๑ บันทึกข้อมูล โปรแกรมในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ”คนไทยรอบรู้ เพื่อเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO)

๒.๒ คัดเลือกชุมชนนำร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ)

๒.๓ ดำเนินงาน ให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ HL (Health Literacy

๒.๔ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้

๒.๕ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI

๓. ยกระดับคุณภาพบริการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุก Setting สถานบริการสาธารณสุข/สถานประกอบการ/ท้องถิ่น /ชุมชน /โรงเรียน ตามเกณฑ์ประเมิน HLO

๔. บูรณาการดำเนินงานร่วมกับงาน ส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการ เพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

๖. เยี่ยมเสริมพลัง ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานประกอบการรอบรู้ด้านสุขภาพ และองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเป้าหมายเมืองเปี่ยมสุข

๗. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการ เพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่ ๒ : โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๕ ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕* (Proxy : ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกระดับพอเพียงขึ้นไป)

ตัวชี้วัดที่ ๕.๑ ร้อยละอำเภอมีการพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Communication) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การสื่อสารความเสี่ยง หมายถึง การแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยง หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการส่งผ่านหรือถ่ายทอดข้อมูลระหว่างกลุ่มที่มีความสนใจเกี่ยวกับระดับของความเสี่ยงด้านสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อม ความสำคัญหรือความหมายของความเสี่ยงด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และการตัดสินใจการดำเนินการ หรือนโยบายในการจัดการหรือควบคุมความเสี่ยงของผู้บัญชาการเหตุการณ์หรือผู้นำองค์กร เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความตื่นตระหนก และสร้างพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งเพื่อการตอบโต้ข้อมูลข่าวสารที่ตรงประเด็น ทันเวลา ทันต่อสถานการณ์แก่ประชาชน และสังคม โดยขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ประกอบด้วย

Structures หมายถึง สร้างกลไกและโครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ด้านการสื่อสารความเสี่ยง กำหนดคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบงาน การมอบหมายงาน

Set a Plan หมายถึง กำหนดแผนการสื่อสารความเสี่ยง แนวทางการปฏิบัติงาน มาตรฐานการปฏิบัติงานทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

Synchronize data หมายถึง กำหนดแนวทางการประสานข้อมูลกับกลุ่มภารกิจต่าง ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ติดตามสถานการณ์ เฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ กับกลุ่มภารกิจอื่นๆ เช่น ภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ภารกิจวิชาการ สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพภายในเครือข่ายหน่วยงาน มาวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงสรุปเป็นภาพรายงานเฝ้าระวังข้อมูล พิจารณารูปแบบการตอบโต้ให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายรับสาร

Information Technology หมายถึง ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจัดเก็บรวบรวม รักษาข้อมูลข่าวสาร รวบรวมประเด็นข่าวที่น่าสนใจจากทีมสื่อสารความเสี่ยงในทะเบียน Google Sheet Fake News Center สรุปข้อมูลการเฝ้าระวังข้อมูลและจัดการข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพประจำวัน/สื่อสารความเสี่ยงและตอบโต้ข่าว และสื่อสารความเสี่ยงหลากหลายช่องทาง

Performance Review หมายถึง การทบทวนผลการดำเนินการ เพื่อคาดการณ์ผลการดำเนินการในอนาคต ประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาตามส่วนขาดต่อไป

โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ หมายถึง โรคที่แยกตามองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้คำนิยามโรคติดต่ออุบัติใหม่ ไว้เป็น ๕ กลุ่ม คือ

๑. โรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อใหม่ (New Infectious Diseases) เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางหรือโรคเมอร์ส

๒. โรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ (New Geographical Areas) เป็นโรคที่มาจากประเทศหนึ่งและต่อมาเกิดการแพร่ระบาดไปอีกประเทศหนึ่งซึ่งไม่เคยมีโรคนี้เกิดขึ้นมาก่อน หรือข้ามทวีปเช่น ซาร์ส หรือโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ที่เคยมีการแพร่ ะบาดในประเทศแถบตะวันออกกลาง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ และต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ พบมีการระบาดในประเทศเกาหลีใต้ ดังนั้น สำหรับโรคเมอร์ส ในประเทศเกาหลีใต้ ถือว่าเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่

๓. โรคติดต่ออุบัติซ้ำ (Re - Emerging Infectious Diseases) โรคติดต่อที่เคยระบาดในอดีตและสงบไปนานแล้วแต่กลับมาระบาดอีก เช่น กาฬโรค

๔. โรคจากเชื้อดื้อยา (Drug Resistant Pathogens) เช่น โรค วัณโรคที่เกิดจาก เชื้อดื้อยา

๕. โรคจากเหตุการณ์จงใจกระทำของมนุษย์ด้วยสารชีวะ (Bioterrorism) โดยใช้เชื้อโรคหลายชนิดผลิตเป็นอาวุธ เช่น เชื้อแอนแทรกซ์ และไข้ทรพิษ เป็นต้นทั้งนี้ รวมถึงโรคติดต่ออันตรายตามประกาศ พ.ร.บ โรคติดต่อ ๒๕๕๘

โรคที่เฝ้าระวังเพื่อใช้ประเมินผลปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ได้แก่ โรคไข้หวัดนก

โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) หมายถึง โรคไข้หวัดนกเป็นโรคที่ติดต่อจากสัตว์สู่คนการติดต่อเกิดจากได้รับเชื้อจากสัตว์ปีกที่ป่วย เช่น เป็ด ไก่ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม เช่น โคนม โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ เชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์เอ

กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชุมชนทั่วไป และผู้เลี้ยงฟาร์มสัตว์ปีกรายย่อยในพื้นที่

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้หวัดนก หมายถึง ทักษะในการเลือกแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และทักษะในการป้องกันโรคไข้หวัดนก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕	N/A	ร้อยละ ๕๓	ร้อยละ ๙๐.๙๔
ร้อยละการดำเนินงานตามเกณฑ์ การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)	N/A	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อองค์กรมีการสื่อสารข้อมูล ข่าวสาร ด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง รวดเร็ว น่าสนใจ มีภาพลักษณ์องค์กรที่ดี ประชาชนได้รับข่าวสาร สาระความรู้ กิจกรรมสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม เกิดความรู้ทัศนคติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ

๒. เพื่อองค์กรมีการสื่อสารความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ ประชาชนได้รับข่าวสาร สาระความรู้ กิจกรรมสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม เกิดความรู้ ทัศนคติ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. โรงพยาบาลทั่วไป

๒. โรงพยาบาลชุมชน

๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

A : ผลการประเมินและวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

B : การดำเนินงานตามเกณฑ์การพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ (Risk Communication)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

การสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำโดยการสนับสนุน บูรณาการ ทรัพยากรจากภาคีเครือข่าย เช่น อุปกรณ์ งบประมาณ กำลังคน ฯลฯ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. มีคำสั่งคณะทำงาน/ ผู้รับผิดชอบการสื่อสารความเสี่ยง และความรอบรู้สุขภาพ

๒. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ประเมินความรอบรู้สุขภาพเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ โรคไข้หวัดนก ในประชุมชนทั่วไป และ ผู้เลี้ยงฟาร์มสัตว์ปีกรายย่อยในพื้นที่

๓. มีการประชุมหรือแจ้งแนวทางการพัฒนาระบบสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพและความรอบรู้สุขภาพ ของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำมีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ และนำเสนอผลต่อผู้บริหาร

๔. มีการนำข้อมูลจากการประเมินระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำผลประเมินที่ได้มาดำเนินการต่อไป

๕. มีการนำเสนอผลต่อผู้บริหาร มีการทำแผนงาน แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

๖. มีการทำแผนงาน แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ระดับอำเภอ ตำบล ที่มาจากการวิเคราะห์ผลการประเมินระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

๗. มีมาตรฐานการปฏิบัติงานในภาวะปกติโดยมีแนวทาง/แผนปฏิบัติงานเฝ้าระวังโต้ตอบ หรือชี้แจงประเด็นข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัยสุขภาพ/ มาตรฐานการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉิน มีการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ และความรอบรู้สุขภาพของประชาชน เรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

๘. มีการดำเนินการตามแผนงาน แนวทางการสื่อสารความเสี่ยงเรื่องโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

๙. มีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้สุขภาพตามแผน ฯ ทั้งหน่วยงานภายในเครือข่าย และบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก

๑๐. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเป้าหมาย โดยพิจารณารูปแบบการตอบโต้ ผลิตสื่อเพื่อตอบโต้ ชี้แจง คำแนะนำข้อมูล ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงหลากหลายช่องทางสื่อ เช่น วิทยุชุมชน แผ่นพับความรู้ รถประชาสัมพันธ์ สื่อใหม่ (Social Media) เช่น เฟสบุ้ค ไลน์ อินสตาแกรม สื่อช่องทางเดิม เช่น การอบรมให้ความรู้ สื่อบุคคล อสม. สื่อมวลชน มีการสรุปผลการดำเนินงาน นำเสนอผลลัพธ์เพื่อการปรับปรุง พัฒนา มีการสรุปผลการประเมินความรอบรู้ ฯ ให้กับพื้นที่ มีการนำเสนอผลการดำเนินงานรายงานแก่ผู้บริหาร

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙๖๐๔๐ E-mail : risk.com.mhsk@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาววิภาดา คงทรง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๗-๙๕๒๙๔๕๙ E-mail : risk.com.mhsk@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๒. คำนิยาม

๑. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี ๒ วิธี ดังนี้

๑. การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ ๑๒๖ mg/dl

๒. การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ ๑๑๐ mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ ๑๒๖ mg/dl

หมายเหตุ (๑ ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน ๒. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (๒) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ ๑๑๐ mg/dl ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (๑) ในวันถัดไป

๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน ๑ - ๑๘๐ วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖

หมายเหตุ : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยภายใน ๑ - ๑๘๐ วันก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ ๗๒	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการคัดกรองได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจฉัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖

B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

หมายเหตุ ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สะสมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๓. พัฒนาระบบบริการ และระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Road map) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ตามแนวทาง และรายงานในระบบ HDC โดยดำเนินการคัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ผ่าน Health Station ในหมู่บ้าน ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มปกติ เสี่ยง/สงสัยป่วย และป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๔. หากพบว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน โดยที่ BSLEVEL ≥ ๑๒๖ mg/dl ให้ดำเนินการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖

๓. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างเสริม Health literacy ให้ประชาชนรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะตนเอง และสามารถจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยง ลดโรค DM, HT, อ้วน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑.ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๒. คำนิยาม

๑. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ โดยได้รับการวัดความดันโลหิตและมีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg

๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน(ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน ภายใน ๑-๙๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน ๑-๙๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๗ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๘๗ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ≥ ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีค่าความดันโลหิตสูงจากการคัดกรอง ได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจฉัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

๒. บันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน HBPM ที่ ระบบรายงาน Health Data Center ของแต่ละจังหวัด โดยจะต้องดำเนินการ ดังนี้

๒.๑ ขอเพิ่มสิทธิ์การใช้งาน โดยจะต้องลงชื่อเข้าใช้งาน > ข้อมูลส่วนตัว > สิทธิ์การใช้งาน เลือกคำว่า “บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home BP) > ขอเพิ่มสิทธิ์ > ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม กรอกข้อมูลตามที่กำหนด และอัปโหลดแบบฟอร์ม > รอผู้ดูแลระบบอนุมัติสิทธิ์การใช้งาน

๒.๒ หลังจากที่ผู้ดูแลระบบอนุมัติสิทธิ์การใช้งานเรียบร้อยแล้ว ให้เข้าสู่ระบบการใช้งาน > เลือกเมนู นำเข้า/ส่งออกข้อมูล > บันทึกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชากรใน B ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน ภายใน ๑ - ๙๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ หรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน ๑ - ๙๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ: กรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำทั้ง ๒ วิธี คือ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) การประมวลผลจะใช้ผลการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก

B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่ม สงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

หมายเหตุ: ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง สะสมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ -๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๓. พัฒนาระบบบริการ และระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Road map) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) ตามแนวทาง และรายงานในระบบ HDC โดยดำเนินการคัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน ผ่าน Health Station ในหมู่บ้าน ให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๓. จัดทำทะเบียนกลุ่มปกติ เสี่ยง/สงสัยป่วย และป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๔. หากพบว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยที่ มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ให้ดำเนินการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน ภายใน ๑ - ๙๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณหรือ ได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) ภายใน ๑ - ๙๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ หลังจากได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หากกรณีได้วัดความดันโลหิตซ้ำทั้ง ๒ วิธี คือ ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HBPM) และได้รับการวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (OBPM) การประมวลผลจะใช้ผลการวัดความดันโลหิตซ้ำจาก HBPM เป็นหลัก

๕. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสร้างเสริม Health literacy ให้ประชาชนรู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยง รู้สถานะตนเอง และสามารถจัดการตนเอง เพื่อลดความเสี่ยง ลดโรค DM, HT, อ้วน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๓ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

๒. คำนิยาม

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM หรือภาวะก่อนเบาหวาน) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับน้ำตาลใน เลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	≤ ร้อยละ ๑.๗๕	≤ ร้อยละ ๑.๗๕	≤ ร้อยละ ๑.๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน)

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ในปีงบประมาณที่ผ่านมา สถานะบุคคล type area = ๑ (มีชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = ๙ (ไม่จำหน่าย) ตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ที่ถูก วินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ประมวลผลจาก DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC

B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ในปีงบประมาณที่ผ่านมา สถานะบุคคล type area = ๑ (มีชื่อตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = ๙ (ไม่จำหน่าย) ตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสร้างแกนนำด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับพื้นที่

๓. พัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพ รวมถึงระบบข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพและเชื่อมโยงกัน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Roadmap) ในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกัน

๒. ดำเนินการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางมาตรฐาน และบันทึกรายงานข้อมูลในระบบ HDC โดยมุ่งเป้าคัดกรองประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนโรค ผ่าน Health Station ในหมู่บ้าน ให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๓. จัดทำและพัฒนาทะเบียนกลุ่มประชากร แยกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อใช้ในการติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง

๔. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมุ่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้ประชาชนรู้ค่าตัวเลขสุขภาพ รู้ความเสี่ยง รู้สถานะสุขภาพของตนเอง และสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยง ลดการเกิดโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชนด้านการเฝ้าระวัง การส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

๖. ส่งเสริมและผลักดันนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมได้

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘

*หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕

๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐

๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙

๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔-N๑๘.๕

๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิด ต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๕๐	๕๐	๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เนื่องจากการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ดี เป็นสิ่งที่จำเป็นในผู้เป็นเบาหวานทุกคน เพราะว่าสามารถลดการเกิดและ/หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงเล็ก ที่ทำให้เกิดโรคจอตาผิดปกติจากเบาหวาน โรคไตจากเบาหวาน โรคของระบบประสาทจากเบาหวาน ที่พบได้ทั้งในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ ๑ และชนิดที่ ๒ ส่วนภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงใหญ่ พบว่าการควบคุมน้ำตาลในเลือดให้ดีในผู้เป็นเบาหวาน สามารถลดการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และ ลดการตายจากทุกสาเหตุ

ของผู้เป็นเบาหวานได้ ตัวชี้วัดที่บอกถึงการควบคุมน้ำตาลในเลือด คือ ค่า A๑C จะบอกการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังไปเป็นเวลา ๒-๓ เดือน โดยทั่วไปค่า A๑C ที่เหมาะสมในผู้เป็นเบาหวาน คือ มีค่าน้อยกว่า ๗% ค่าเอวันซีอาจจะสูงหรือต่ำกว่านี้ได้ โดยที่แพทย์ผู้รักษาจะปรับให้เหมาะสมกับผู้เป็นเบาหวานแต่ละรายไป ซึ่งการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทั้ง ๓ คือระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด ควบคุมความดันโลหิตให้ดี สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวในผู้เป็นเบาหวานได้

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๒ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่ จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และได้รับ การตรวจ HbA๑C (LABFU.LABTEST = “๐๕๓๑๖๐๑”) ระดับ HbA๑C ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT

– HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม

- HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑” , “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE=“๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“๐๙๙” (สัญชาติไทย)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. บูรณาการพลังภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาควิชาการ ให้มีบทบาทร่วมในการกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อน และสนับสนุนทรัพยากร เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๒. พัฒนาศักยภาพกำลังคนและผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ยกระดับสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพชุมชน ให้มีบทบาทเชิงรุกด้านการเสริมพลัง (Empowerment) การจัดการรายกรณี (Case Management) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs

๓. พัฒนาและยกระดับระบบบริการและระบบข้อมูล NCDs สู่ระบบสุขภาพดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ปรับปรุงระบบบริการ NCDs ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การติดตามประเมินผล และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การกำหนดนโยบายและการขับเคลื่อนเชิงระบบ

- จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Roadmap) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกันทั้งระบบ
- ประกาศการขับเคลื่อนงาน NCDs เป็นนโยบายสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และกำหนดเป็นประเด็นหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT) ในไตรมาสที่ ๑ เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูล (Data Correction) โดยเฉพาะการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือข้อมูลคลาดเคลื่อน ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ Health Station ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้ป่วย

- พัฒนาและยกระดับ NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นกลไกหลักในการควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน
- พัฒนาศักยภาพระบบ Case Management NCDs ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องและเฉพาะราย
- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเชื่อมโยงการให้บริการกับ Health Station และ Digital Health Station ในชุมชน
- พัฒนาการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิต (HT BP Control) และการจัดการโรคเบาหวานแบบมุ่งผลลัพธ์ (DM Remission & Prevention Service)

๔. การเสริมพลังชุมชนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายได้รับการตรวจ HbA๑c โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำกับติดตามให้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ ภายในไตรมาสที่ ๑ และผู้ป่วยที่มีค่า HbA๑c ระหว่าง ๗–๙% หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำในไตรมาสที่ ๓
- กำหนดให้อสม. ๑ คน รับผิดชอบการเสริมพลังและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย DM/HT อย่างน้อย ๓ คน
- ยกระดับ Health Station ให้เป็น Digital Health Station เพื่อสนับสนุนการติดตามสุขภาพ การเรียนรู้ และการจัดการตนเองของประชาชน
- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม” ในระดับนโยบาย พื้นที่ และชุมชน ควบคู่กับมาตรการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๕ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส I๑๐-I๑๕

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐ และ < ๙๐ mmHg จากการตรวจที่ สถานบริการสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมี โรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๗๕	๗๕	๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เนื่องจากความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งได้แก่

๑. ป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ (Heart Disease) ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่างๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), โรคหัวใจขาดเลือด (Coronary Artery Disease), หรือการหัวใจวาย (Heart Attack) ซึ่งหากความดันโลหิตไม่ถูกควบคุมอาจทำให้หลอดเลือดแข็งตัวและแคบลงได้

๒. ลดความเสี่ยงจากโรคไต (Kidney Disease) ความดันโลหิตสูงสามารถทำลายไตได้ ซึ่งอาจนำไปสู่โรคไตเรื้อรังหรือไตวาย ซึ่งต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๓. ป้องกันปัญหาทางสายตา (Eye Problems) ความดันโลหิตสูงอาจทำลายหลอดเลือดที่จอตา ทำให้เกิดปัญหาทางสายตาหรือสูญเสียการมองเห็น

๔. ลดความเสี่ยงจากโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดในสมองเสี่ยงต่อการแตกหรืออุดตัน ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

๕. รักษาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การควบคุมความดันโลหิตสูงช่วยให้รู้สึกดีขึ้นในชีวิตประจำวัน ลดความเหนื่อยล้า อาการเวียนศีรษะ และช่วยให้มีพลังในการทำกิจกรรมต่างๆ วิธีการควบคุมความดันโลหิตสูงสามารถทำได้ผ่านหลายทางเลือก เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ, การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต, การควบคุมน้ำหนัก, การออกกำลังกาย และการลดเครียด เป็นต้น

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย I๑๐ – I๑๕ ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบ และอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHAGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN ๕๐ and ๑๓๙ mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN ๕๐ and ๘๙ mmHg)

B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย I๑๐ – I๑๕ (สัญชาติไทย) ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. บูรณาการพลังภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาควิชาการ ให้มีบทบาทร่วมในการกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อน และสนับสนุนทรัพยากร เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๒. พัฒนาศักยภาพกำลังคนและผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ยกระดับสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพชุมชน ให้มีบทบาทเชิงรุกด้านการเสริมพลัง (Empowerment) การจัดการรายกรณี (Case Management) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs

๓. พัฒนาและยกระดับระบบบริการและระบบข้อมูล NCDs สู่ระบบสุขภาพดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ปรับปรุงระบบบริการ NCDs ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การติดตามประเมินผล และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การกำหนดนโยบายและการขับเคลื่อนเชิงระบบ

- จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Roadmap) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกันทั้งระบบ

- ประกาศการขับเคลื่อนงาน NCDs เป็นนโยบายสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และกำหนดเป็นประเด็นหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT) ในไตรมาสที่ ๑ เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูล (Data Correction) โดยเฉพาะการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือข้อมูลคลาดเคลื่อน ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ Health Station ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้ป่วย

- พัฒนาและยกระดับ NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นกลไกหลักในการควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

- พัฒนาศักยภาพระบบ Case Management NCDs ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องและเฉพาะราย

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเชื่อมโยงการให้บริการกับ Health Station และ Digital Health Station ในชุมชน

- พัฒนาการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิต (HT BP Control) และการจัดการโรคเบาหวานแบบมุ่งผลลัพธ์ (DM Remission & Prevention Service)

๔. การเสริมพลังชุมชนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายได้รับการตรวจ HbA๑c โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำกับติดตามให้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ ภายในไตรมาสที่ ๑ และผู้ป่วยที่มีค่า HbA๑c ระหว่าง ๗–๙% หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำในไตรมาสที่ ๓

- กำหนดให้อสม. ๑ คน รับผิดชอบการเสริมพลังและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย DM/HT อย่างน้อย ๓ คน

- ยกระดับ Health Station ให้เป็น Digital Health Station เพื่อสนับสนุนการติดตามสุขภาพ การเรียนรู้ และการจัดการตนเองของประชาชน

- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม” ในระดับนโยบาย พื้นที่และชุมชน ควบคู่กับมาตรการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๖ ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดีขึ้นไป

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคกลุ่มที่เป็นโรค/ป่วย รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลักข้างต้นลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษาควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการประกอบด้วย ๓ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ
องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus จำนวน ๑๓ ตัวชี้วัด

๒.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๕

๒.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕

๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI > ๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

๒.๗ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒

๒.๘ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๒.๙ ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๕

๒.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ หรือค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๒.๑๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๖๙

ส่วนที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI)

เป็นการประเมินกระบวนการพัฒนางานที่จะทำให้กระบวนการทำงานมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น และต้องการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยการประเมิน ๓ ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยผ่านกระบวนการทบทวนปัญหา สาเหตุ หรือโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน โดยโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI จำนวน ๑ เรื่อง แนบไฟล์ในระบบประเมิน Online ในรูปแบบไฟล์ PDF โดยเลือกประเด็นที่ดำเนินการพัฒนา ได้แก่

๓.๑ ด้านระบบสารสนเทศ (Information System)

๓.๒ ด้านการปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)

๓.๓ ด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support)

๓.๔ ด้านการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)

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

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้ หมายถึง pre-DM pre-HT กลุ่มป่วยที่เป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน

หมายเหตุ เกณฑ์การประเมินตามคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๙

กลุ่มเป้าหมาย

๑. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

๒. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M๒, F๑

๓. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F๒, F๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดีขึ้นไป	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความพร้อมและประสิทธิผลของโรงพยาบาลในการพัฒนาและดำเนินงาน NCD Clinic Plus ซึ่งหมายถึง คลินิก/ศูนย์/หรือเครือข่ายคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการ ที่มีการเชื่อมโยงการบริหารจัดการและการดำเนินงานทางคลินิกอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษา และจัดการโรคเรื้อรัง สำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มโรคเป้าหมายหลัก การประเมินมุ่งเน้นให้สถานบริการสามารถดำเนินการดูแลแบบลงทะเบียนรายบุคคล (Individual-based Care) และดูแลอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายเพื่อ

๑. ลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) และโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดหรือการดำเนินโรค (Attributed Risk)

๒. เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาและการควบคุมความรุนแรงของโรค

๓. เสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Self-management)

๔. พัฒนาระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสม ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพภายในสถานบริการ และระหว่างสถานบริการในเครือข่าย

ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นไปอย่าง ต่อเนื่อง มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และยั่งยืน สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

คะแนนการประเมินตามเกณฑ์การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

- ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพNCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ จากการประเมินตนเองผ่านระบบ NCD Clinic Plus online และการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด

- ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plusระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

- ส่วนที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI ประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด

หมายเหตุ : ตามคู่มือการประเมิน NCD Clinic Plus สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

การคิดคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๙ ประกอบด้วย ๓ ส่วน ได้แก่

๑. คะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (๔๐ คะแนน)

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย ๓๐ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ ๔๕ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ ๖๐ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ๔๐ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ ๒๕ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ๕๐ คะแนน

คะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพรวม ผลรวมคะแนนที่ได้ x ๔๐/๒๕๐ = ๔๐ คะแนน

๒. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)

ลำดับ	รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
					๑	๒	๓	๔	๕	
๑	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	≥๗๐	๕	<๕๗	๕๕	๖๐	๖๕	≥๗๐	๒๕
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL	ร้อยละ	≥๖๕	๒	<๕๐	๕๐	๕๕	๖๐	≥๖๕	๑๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL<๑๐๐mg/dl	ร้อยละ	≥๕๕	๒	<๔๐	๔๐	๔๕	๕๐	≥๕๕	๑๐
๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๐
๖	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI > ๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	≥๕	๔	<-๒.๕	๒.๕	๐	๒.๕	≥๕	๒๐
๗	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	≤๒	๔	>๘	๘	๖	๔	≥๒	๒๐
๘	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	≥๘๐	๕	<๖๕	๖๕	๗๐	๗๕	≥๘๐	๒๕

ลำดับ	รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
					๑	๒	๓	๔	๕	
๙	ร้อยละของผู้ที่มีค่า ความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๘๐ มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๑๐ มิลลิเมตรปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน)	ร้อยละ	≥๒๕	๔	<๑๐	๑๐	๑๕	๒๐	≥๒๕	๒๐
๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๐
๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ หรือ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	≥๘๐	๔	<๖๕	๖๕	๗๐	๗๕	≥๘๐	๒๐
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔	ร้อยละ	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐
๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมายมากกว่า ๕๐%	ร้อยละ	≥๖๙	๔	<๖๓	๖๓	๖๕	๖๗	≥๖๙	๒๐
คะแนนรวม				**๕๐**						**๒๕๐**

คะแนนผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus =ผลรวมคะแนนที่ได้ x ๕๐/๒๕๐

๓. การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (๑๐ คะแนน)

การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ประกอบด้วย ๓ ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยผ่านกระบวนการทบทวนปัญหาสาเหตุ หรือโอกาสในการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการดำเนินงาน และโรงพยาบาลดำเนินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI จำนวน ๑ เรื่อง โดยเป็นผลงานในปีงบประมาณปัจจุบัน หรือเป็นการพัฒนาต่อยอดผลงานเดิมที่ผ่านมาในรูปแบบ PDCA ที่มีผลลัพธ์ในปีงบประมาณปัจจุบัน และแนบไฟล์ในระบบประเมิน Online ในรูปแบบไฟล์ PDF ทั้งสามารถเลือกประเด็นที่ดำเนินการพัฒนา ได้แก่

ด้านที่ ๑ ระบบสารสนเทศ (Information System)

ด้านที่ ๒ การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)

ด้านที่ ๓ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self Management Support)

ด้านที่ ๔ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (๑-๕)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI			**๑๔**	**๕๐**	
๑.๑ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ			**๔**	**๒๐**	
	๑. ทบทวนสถานการณ์ (Current Situation) ปัญหาจากข้อมูลหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริง เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนางาน	๑	**ข้อเสนอแนะ :** -		
	๒. กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (Problem Analysis) จากการทบทวนสถานการณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัญหาและผลที่ตามมา รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	๒			
	๓. กำหนดเป้าหมายของทางเลือกที่จะพัฒนางานที่ชัดเจน วัดได้รวมถึงการกำหนดเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน แรงเสริม แรงต้าน และผลลัพธ์ของเป้าหมายที่ชัดเจน วัดได้จริง	๓			
	๔. กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานที่เลือก จัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทำ Action plan	๔			
	๕. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และมีการติดตาม (monitor) ตามระยะเวลาที่กำหนด รวบรวมปัญหาข้อเสนอแนะ รวมทั้งติดตามประเมินผลและจัดทำแผนงานในปีต่อไป (ตามรูปแบบ PDCA)	๕			
๑.๒ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ			**๕**	**๑๕**	
	๑. ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	๑	**ข้อเสนอแนะ:**		
	๒. ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	๒			
	๓. ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้	๓			
๑.๓ การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า			**๕**	**๑๕**	
	๑. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ	๑	**ข้อเสนอแนะ:**		
	๒. ผลงานมีความเหมาะสมสองคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลายๆ หน่วยงาน	๒			
	๓. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลายๆ หน่วยงานมีการเผยแพร่ในเวทีภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น	๓			

การคิดคะแนนส่วนที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (๑๐ คะแนน)

การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (CQI) ประกอบด้วย ๓ ด้าน ได้แก่ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ และการนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า โดยจะนำมาคิดคะแนนเฉพาะการประเมินรอบที่ ๒

คะแนนรวม = ผลรวมคะแนนที่ได้ x ๑๐/๕๐

สรุปผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus = ส่วนที่ ๑ (๔๐) + ส่วนที่ ๒ (๕๐) + ส่วนที่ ๓ (๑๐)
= ๑๐๐ คะแนน

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (๔๐ คะแนน)		☐ ดีเด่น (๘๕ – ๑๐๐ คะแนน) ☐ ดีมาก (๘๐ – ๘๔ คะแนน) ☐ ดี (๗๕ – ๗๙ คะแนน) ☐ พื้นฐาน (๖๕ – ๗๔ คะแนน) ☐ ต่ำกว่าพื้นฐาน (< ๖๕ คะแนน)
ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)		
ส่วนที่ ๓ การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (๑๐ คะแนน)		

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. บูรณาการพลังภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาควิชาการ ให้มีบทบาทร่วมในการกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อน และสนับสนุนทรัพยากร เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๒. พัฒนาศักยภาพกำลังคนและผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ยกระดับสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพชุมชน ให้มีบทบาทเชิงรุกด้านการเสริมพลัง (Empowerment) การจัดการรายกรณี (Case Management) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs

๓. พัฒนาและยกระดับระบบบริการและระบบข้อมูล NCDs สู่ระบบสุขภาพดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ปรับปรุงระบบบริการ NCDs ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การติดตามประเมินผล และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การกำหนดนโยบายและการขับเคลื่อนเชิงระบบ

- จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Roadmap) ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกันทั้งระบบ
- ประกาศการขับเคลื่อนงาน NCDs เป็นนโยบายสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และกำหนดเป็นประเด็นหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT) ในไตรมาสที่ ๑ เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูล (Data Correction) โดยเฉพาะการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือข้อมูลคลาดเคลื่อน ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ Health Station ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้ป่วย

- พัฒนาและยกระดับ NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นกลไกหลักในการควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

- พัฒนาศักยภาพระบบ Case Management NCDs ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องและเฉพาะราย

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเชื่อมโยงการให้บริการกับ Health Station และ Digital Health Station ในชุมชน

- พัฒนาการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิต (HT BP Control) และการจัดการโรคเบาหวานแบบมุ่งผลลัพธ์ (DM Remission & Prevention Service)

๔. การเสริมพลังชุมชนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายได้รับการตรวจ HbA๑c โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำกับติดตามให้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ ภายในไตรมาสที่ ๑ และผู้ป่วยที่มีค่า HbA๑c ระหว่าง ๗–๙% หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำในไตรมาสที่ ๓

- กำหนดให้ อสม. ๑ คน รับผิดชอบการเสริมพลังและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย DM/HT อย่างน้อย ๓ คน

- ยกระดับ Health Station ให้เป็น Digital Health Station เพื่อสนับสนุนการติดตามสุขภาพ การเรียนรู้ และการจัดการตนเองของประชาชน

- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม” ในระดับนโยบายพื้นที่และชุมชน ควบคู่กับมาตรการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๗ ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM และ HT

๒. คำนิยาม

ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยวิธีการคัดกรอง มี๒ วิธี ดังนี้ (๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอน เช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วัน ถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอด เลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง

ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิต ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	๙๐	๙๐	๙๐
๒. ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	๙๐	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปมีความสำคัญในการตรวจหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้ลุกลามไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การคัดกรองนี้สามารถช่วยลดภาระทางการแพทย์และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข โดยบันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

๖. รายการข้อมูล

ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน

A : จำนวนประชากรอายุ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , ๓ (มาอาศัยใน เขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและตัด คนป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDSCREEN.BSLEVEL>=๕๐ mg/dl

B : จำนวนประชากรอายุ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , ๓ (มาอาศัยใน เขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = ๙ (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและตัด คนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน

ร้อยละของประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

A : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคลTYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วย โรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต ในปีงบประมาณ จากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP_๑ >๕๐ mmHg, NCDSCREEN.DBP_๑ >๕๐ mmHg

B: จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคลTYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = ๙ (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและตัดคนป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. บูรณาการพลังภาคีเครือข่าย เพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างเป็นระบบ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคประชาชน ภาคเอกชน และภาควิชาการ ให้มีบทบาทร่วมในการกำหนดนโยบาย ขับเคลื่อน และสนับสนุนทรัพยากร เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

๒. พัฒนาศักยภาพกำลังคนและผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพในระดับพื้นที่ ยกระดับสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพชุมชน ให้มีบทบาทเชิงรุกด้านการเสริมพลัง (Empowerment) การจัดการรายกรณี (Case Management) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs

๓. พัฒนาและยกระดับระบบบริการและระบบข้อมูล NCDs สู่ระบบสุขภาพดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ปรับปรุงระบบบริการ NCDs ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ พร้อมพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและดิจิทัลแพลตฟอร์ม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การติดตามประเมินผล และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การกำหนดนโยบายและการขับเคลื่อนเชิงระบบ

- จัดทำแผนปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs Roadmap) ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อใช้เป็นกรอบการดำเนินงานร่วมกันทั้งระบบ

- ประกาศการขับเคลื่อนงาน NCDs เป็นนโยบายสำคัญของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด (พชจ.) และกำหนดเป็นประเด็นหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศ

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT) ในไตรมาสที่ ๑ เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูล (Data Correction) โดยเฉพาะการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วยที่เสียชีวิตหรือข้อมูลคลาดเคลื่อน ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

- พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล รพ.สต. และ Health Station ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. การพัฒนาระบบบริการและการดูแลผู้ป่วย

- พัฒนาและยกระดับ NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นกลไกหลักในการควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

- พัฒนาศักยภาพระบบ Case Management NCDs ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่องและเฉพาะราย

- พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเชื่อมโยงการให้บริการกับ Health Station และ Digital Health Station ในชุมชน

- พัฒนาการดำเนินงานควบคุมความดันโลหิต (HT BP Control) และการจัดการโรคเบาหวานแบบมุ่งผลลัพธ์ (DM Remission & Prevention Service)

๔. การเสริมพลังชุมชนและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกรายได้รับการตรวจ HbA๑c โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กำกับติดตามให้ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ ภายในไตรมาสที่ ๑ และผู้ป่วยที่มีค่า HbA๑c ระหว่าง ๗–๙% หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำในไตรมาสที่ ๓

- กำหนดให้อสม. ๑ คน รับผิดชอบการเสริมพลังและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย DM/HT อย่างน้อย ๓ คน

- ยกระดับ Health Station ให้เป็น Digital Health Station เพื่อสนับสนุนการติดตามสุขภาพ การเรียนรู้ และการจัดการตนเองของประชาชน

- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม” ในระดับนโยบาย พื้นที่ และชุมชน ควบคู่กับมาตรการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ ๖.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเอชไอวีเข้าถึงบริการรักษาเอชไอวี ๑st ๙๕ , ๒nd ๙๕ , ๓rd ๙๕

๒.คำนิยาม

๑. ๑st ๙๕ หมายถึง ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง

๒. ๒nd ๙๕ หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

๓. ๓rd ๙๕ หมายถึง ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (<๑,๐๐๐ copies/ml)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละ ๙๕ ที่ ๑	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
ร้อยละ ๙๕ ที่ ๒	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
ร้อยละ ๙๕ ที่ ๓	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม ติดตามผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (<๑,๐๐๐ copies/ml)

๒. เพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ และประชากรเข้าถึงบริการป้องกัน และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เข้าสู่ระบบบริการและคงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. NAP WEP REPORT โรงพยาบาลบันทึก และส่งข้อมูล เข้าสู่ระบบ Nab – online ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แห่งชาติและรายงานผลผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ (NAP WEP REPORT) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ตุลาคม ๒๕๖๘ – กันยายน ๒๕๖๙)

๒. HIV INFO HUB โรงพยาบาลดูข้อมูลโปรแกรม ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ตุลาคม ๒๕๖๘ – กันยายน ๒๕๖๙) ข้อมูลรายไตรมาส

๖. รายการข้อมูล

๑st ๙๕

A : จำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้รับการวินิจฉัยและทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง

B : จำนวนคาดประมาณการผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด

๒nd ๙๕

A : จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส)

B : จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองทั้งหมด

๓rd ๙๕

A : ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ (<๑,๐๐๐ copies/ml)

B : จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งหมด (ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสทั้งหมด)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การมีส่วนร่วมระหว่างชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ

๒. เร่งรัดการจัดบริการค้นหาและรักษาให้เร็ว ให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง โดยใช้กระบวนการ RRTTR ในการค้นหาและรักษาให้เร็วในวันเดียวกับการตรวจวินิจฉัย พัฒนาคุณภาพบริการสู่มาตรฐาน จัดบริการเพื่อดำเนินตามกรอบ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain : RRTTR ตามกิจกรรมการให้บริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตามชุดบริการที่ได้รับให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการประสานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรเอกชน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ดังนี้

- Reach : บริการค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก ได้แก่ การสำรวจแผนที่ชุมชนเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมาย การค้นหากลุ่มเสี่ยงผ่านเครือข่ายทางสังคมของกลุ่ม การค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยเพื่อน การค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยแกนนำ การค้นหากลุ่มเสี่ยงในพื้นที่พิเศษ การจัดกิจกรรมพบกลุ่มประชากรเป้าหมาย การให้บริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

- Recruit : บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ VCT ได้แก่ บริการคำแนะนำ ชักชวนส่งต่อ จากชุมชน หรือสถานบริการ/ร้านยา บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ ให้บริการปรึกษาแบบคู่และส่งเสริมการตรวจของคู่ บริการส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ

- Test : บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ บริการให้ความรู้ คำปรึกษา การแนะนำและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี บริการให้คำปรึกษาเบื้องต้นในพื้นที่ (Mobile VCT) การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ (Mobile Anti-HIV test) บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

-Treat : บริการส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการ ได้แก่ การส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการ โดยหน่วยบริการเคลื่อนที่ หรือชุมชน

- Retain : บริการติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การนัดหมายและติดตามให้เข้ารับบริการต่อเนื่อง การบริการดูแลด้านจิตใจและการดำรงชีวิตในสังคม การกินยาต่อเนื่อง บริการอนามัยเจริญพันธุ์และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ การบริการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลเลือดเป็นลบ ให้เข้ารับบริการตรวจเลือดซ้ำ ทุก ๖ เดือน และยังคงสถานะผลเลือดเป็นลบตลอดไป

- จัดระบบ และบริการรองรับที่หน่วยบริการ (ตั้งรับ) สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่จะถูกส่งตัวเข้ามา
- ลงทะเบียนกลุ่มประชากรเป้าหมาย และบันทึกบริการลงในฐานข้อมูลของหน่วยบริการโปรแกรม NAP Plus ถูกต้องและครบถ้วน

๓. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และการวินิจฉัย การรักษาตามแนวทางประเทศ

๔. การปะเมินผลการดำเนินงานด้วยตัวชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การประเมินตนเอง(STIsQA)เพื่อพัฒนาระบบการขับเคลื่อนบริการ ดูแล รักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ให้ผ่านตามเกณฑ์ประเมิน

๒. การจัดทำคำสั่งการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเฝ้าระวังซิฟิลิส

๓. มีแผนงาน โครงการ/กิจกรรม การดำเนินงาน

๔. ประชุมชี้แจงการดำเนินงานและขับเคลื่อนงานติดตามการดำเนินงาน ทุกหน่วยบริการร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดขอนแก่น ขับเคลื่อนการดำเนินงานตรวจเร็ว รักษาเร็ว โดยเน้นการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชน ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในจังหวัด

๕. หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนภาคประชาสังคม จัดกิจกรรมให้ความรู้และประเมินพฤติกรรมเสี่ยง ประสานหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับบริการตรวจวินิจฉัย และรักษา

๖. หน่วยบริการสาธารณสุข เร่งรัด การดำเนินงาน RRTTPR ออกกิจกรรมเชิงรุก ด้วยการตรวจเลือด/การคัดกรองด้วยชุดตรวจที่ทราบผลเร็ว (Rapid Duo test ตรวจเอชไอวี และซิฟิลิส) ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเป้าหมาย เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) สาวประเพศสอง (TG) ฯลฯ และเยาวชน ในสถานศึกษา เรือนจำ สถานประกอบการ และจุดรวมตัวในชุมชน (ร้านซ่อมรถ ร้านตัดผม ร้านเสริมสวย สถานที่ค้าวัวสนามวัว สถานที่ที่มีการแสดงหมอลำ)

๗. จัดกิจกรรมรณรงค์ ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ในวันเอดส์โลก วันวาเลนส์ไทน์ วัน VCT Day เป็นต้น หน่วยบริการ จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้และตรวจคัดกรองค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยขอความร่วมมือทุกอำเภอ อปท. สถานศึกษา ผู้นำชุมชน อสม.ประเด็นสื่อสารเน้น เข้ารับบริการตรวจคัดกรองเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซิฟิลิส ฟรี ได้ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านและะส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ระบบบริการรักษาที่ โรงพยาบาล

๘. เน้นการประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทางผ่านสื่อต่างๆ เช่น สถานีวิทยุวิทยุชุมชน Facebook, กลุ่มไลน์ รณรงค์ตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และซิฟิลิส ในวันเอดส์โลก วันวาเลนไทน์ วัน VCT Day เชิญชวนให้ประชาชนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้ารับบริการตรวจฟรี ผ่านสื่อบุคคลได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. อสร.กลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ และกลุ่มNGO CBO HUG Sarakham เครือข่าย องค์กรเด็กและเยาวชนจังหวัดมหาสารคาม องค์กรภาคประชาสังคมในพื้นที่

๙. ทุกหน่วยบริการประมานการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เพื่อรับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคทุกกลุ่มอย่างเพียงพอ และสามารถรับสนับสนุนจากสปสช. หน่วยบริการสามารถจัดซื้อเพื่อการเข้าถึงการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค

๑๐. การประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การเฝ้าระวัง ป้องกัน

ควบคุมโรค และการวินิจฉัย การรักษาตามแนวทางประเทศ ผ่านระบบ ZOOM กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการประชาสัมพันธ์การอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการฯ โดยสมาคมแพทย์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งประเทศไทย

๑๑. การบูรณาการดำเนินงานร่วมกับงานส่งเสริมสุขภาพ งานวัยรุ่น งาน To Be Number ONE งานยาเสพติด ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาสังคม

๑๒. การกำกับติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง สามารถกดไวรัสได้ไม่แพร่เชื้อ (U=U) และลดการติดเชื้อรายใหม่ การรับยาส่งยาการติดตามเยี่ยมเสริมพลังจากเพื่อนช่วยเพื่อนแกนนำเครือข่าย

๑๓. การกำกับติดตามการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือด (VL) ตามเกณฑ์

๑๔. การดึงข้อมูล คืนข้อมูล เพื่อใช้กำกับติดตามในระดับหน่วยบริการทุกอำเภอ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๒๑๙๑๒๗๗ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสุภาณี นันทะแสน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๘๒-๒๙๑๖ E-mail : supaneenun๒๕๑๖@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๙ ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของ โรคไข้เลือดออก
ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๐ ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก
ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๑ อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก

๒. คำนิยาม

เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria) แบ่งเป็น ๓ ชนิด ได้แก่ ไข้เด็งกี่ ไข้เลือดออก และไข้เลือดออกช็อก ดังนี้

๑.ไข้เด็งกี (Dengue fever: DF)

๑.๑ ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการไข้อย่างเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย ๒ อาการ ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือกระดูก ปวดกระบอกตา มีผื่น

๑.๒ ผู้ป่วยเข้าข่าย หมายถึง ผู้ป่วยสงสัย และพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้

- ผลการทดสอบทูร์นิเกต์ (tourniquet test) ให้ผลบวก (ตรวจพบจุดเลือดออกเท่ากับหรือมากกว่า ๑๐ จุด ต่อตารางนิ้ว) โดยโอกาสที่ผล tourniquet test จะเป็นบวกขึ้นกับระยะเวลาของไข้คือ ไข้ ๑ วัน ให้ผลบวก ๕๐% ไข้ ๒ วัน ให้ผลบวก ๗๐% ไข้ > ๓ วัน ให้ผลบวก ๙๐%
- มีผลการตรวจเลือดทั่วไปของไข้เด็งกี่คือ ผลการตรวจ Complete Blood Count (CBC) พบมี จำนวนเม็ดเลือดขาว ≤ ๕,๐๐๐ เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน lymphocyte สูง
- มีผลการเชื่อมโยงทางระบาดวิทยากับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ที่มีผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ

๑.๓ ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึงผู้ป่วยที่สงสัยร่วมกับตรวจพบผลทางปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่งเป็นบวก

๒. ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever: DHF)

๒.๑ ผู้ป่วยสงสัย หมายถึง ผู้ป่วยมีอาการไข้อย่างเฉียบพลัน ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย ๒ อาการ ได้แก่ ปวดศีรษะรุนแรง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดข้อหรือกระดูก ปวดกระบอกตา มีผื่น ร่วมกับมีอาการอย่างน้อย ๑ อาการ ได้แก่ มีอาการเลือดออกเช่นเลือดก าเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน มีจ้ำเลือดอาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายเป็นสีดำ เลือดออกทางช่องคลอด หรือ ตับโต

๒.๒ ผู้ป่วยเข้าข่าย หมายถึงผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออก (DHF) และพบลักษณะอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังนี้ เลือดข้นขึ้น ดูจากมีการเพิ่มขึ้นของ Hct มากกว่า ๒๐ % เมื่อเทียบกับ Hct เดิม(heamoconcentration) หรือมีเกล็ดเลือด ≤ ๑๐๐,๐๐๐ เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มี Pleural effusion หรือ ascites หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่าง ≤ ๓.๕ กรัมเปอร์เซ็นต์ (ในผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ)

๒.๓ ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึงผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกเดงกีและมีผลปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่งเป็นบวก

๒.๓.๑ ไข้เลือดออกช็อก (Dengue shock syndrome : DSS) ผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบไหลเวียนโลหิตหรือมีภาวะความดัน โลหิตลดต่ ำลงอยู่ในภาวะช็อกหรือผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะผลต่างของความดันเลือดซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกเท่ากับหรือน้อยกว่า ๒๐ มิลลิเมตรปรอท

หมายเหตุ : ผู้ป่วยบางรายอาจพบอาการแปลกออกไป (Expanded dengue syndrome: EDS) โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อย ได้แก่ กลุ่มอาการไข้สมองอักเสบ (Encephalitis/encephalopathy) หรือภาวะตับวาย เป็นต้น โดยสามารถพบลักษณะอาการดังกล่าวได้ในผู้ป่วยโรคไข้เดงกี ไข้เลือดออก และไข้เลือดออกช็อก

๒.๔ เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

๒.๔.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

- ผลการตรวจ Complete blood count (CBC) พบมี จำนวนเม็ดเลือดขาว ≤ ๕,๐๐๐ เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) และพบสัดส่วน lymphocyte สูง
- มีเกล็ดเลือด ≤ ๑๐๐,๐๐๐ เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
- มีเลือดข้นขึ้น ซึ่งดูจาก Hct. มีความเข้มข้นเพิ่มขึ้น > ๒๐% เมื่อเทียบกับ Hct เดิม (heamoconcentration)และมีหลักฐานการรั่วของพลาสมา เช่น มี Pleural effusion หรือ ascites หรือมีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำ ≤ ๓.๕ กรัมเปอร์เซ็นต์ (ในผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการปกติ)

๒.๔.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)

- ตรวจด้วย commercial test kits ตัวอย่างเช่น NS-๑ antigen ให้ผลเป็นบวก (กรณี NS-๑ antigen Dengue ให้ผลลบ ยังไม่สามารถตัดการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกได้ (R/O dengue))
- ตรวจพบแอนติบอดีจ าเพาะต่อเชื้อในน้ำเหลืองคู่ (paired sera) ด้วยวิธี Hemagglutination Inhibition (HI) ≥ ๔ เท่า หรือถ้าน้ำเหลืองเดี่ยว ต้องพบภูมิคุ้มกัน > ๑ : ๑,๒๘๐
- ตรวจพบเชื้อไวรัส โดยวิธี RT-PCR
- ตรวจพบเชื้อไวรัสจากเลือดในระยะไข้จากการแยกเชื้อไวรัสการตรวจหาภูมิคุ้มกันของเชื้อ (Serology)
- ตรวจพบภูมิคุ้มกันชนิด IgM ≥ ๔๐ ยูนิต หรือการเพิ่มขึ้นของ IgG อย่างมีนัยสำคัญ โดยวิธี Enzyme Immuno Assay (EIA) กรณีตรวจ paired sera ต้องตรวจห่างกันอย่างน้อย ๒ สัปดาห์
- ตรวจด้วย commercial test kits เพื่อหา Dengue IgM ให้ผลเป็นบวก หรือ ทั้ง Dengue IgM และ IgG

๓. การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค (Reporting criteria)

๓.๑ ให้รายงานโรคในระบบรายงาน ๕๐๖ ตามเกณฑ์ดังนี้

๓.๑.๑ ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าข่ายไข้เด็งกี่ขึ้นไป รหัสโรค ๖๖

๓.๑.๒ ให้รายงานตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัยไข้เลือดออกขึ้นไป รหัสโรค ๒๖

๓.๑.๓ ให้รายงานผู้ป่วยไข้เลือดออกช็อกทุกราย รหัสโรค ๒๗

กรณีมีการตรวจซีโรไทป์ให้รายงานผลในตัวแปร organism type ดังนี้ Den ๑ / Den ๒ / Den ๓ / Den ๔

กรณีที่พบอาการแปลกออกไป (Expanded dengue syndrome: EDS) ให้รายงานผลในตัวแปร complication type

๓.๒ ให้รายงานผู้ป่วยจากการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย และการระบาดแบบเป็นกลุ่มก้อน ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance system)

๔. การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

- ระยะเวลาภายใน ๑ ปี หากเป็นผู้ป่วยรายเดียวกัน ให้ตรวจสอบว่าเป็นผู้ป่วยรายเดิม
- ต้องตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับรายงานว่าสงสัยติดเชื้อเสียชีวิต

๕. การสอบสวนโรค (Epidemiological investigation)

๕.๑ สอบสวนเฉพาะราย (Individual investigation) ให้สอบสวนโรคดังนี้

๕.๑.๑ ผู้ป่วยรายแรก (Index case) ของชุมชน ได้แก่

๕.๑.๑.๑ ไข้เด็งกี่ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าข่ายรายแรกของพื้นที่ หรือ

๕.๑.๑.๒ ไข้เลือดออก ตั้งแต่ผู้ป่วยสงสัยรายแรกของพื้นที่ หรือ

๕.๑.๑.๓ ไข้เลือดออกช็อก รายแรกของพื้นที่

๕.๑.๒ ผู้ป่วยสงสัยเสียชีวิตทุกราย

๕.๑.๓ ผู้ป่วยสงสัยทุกรายที่มีอาการรุนแรง เช่น กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ (Myocarditis) สมองอักเสบเป็นต้น พื้นที่ หมายถึง ในระดับหมู่บ้าน/ ชุมชน เป็นอย่างน้อย หากพบผู้ป่วยรายต่อไปภายใน ๒๘ วัน ให้ถือเป็นการระบาด

๕.๒ สอบสวนการระบาด (Outbreak investigation) กรณีที่เกิดโรคเป็นกลุ่มก้อน (พบผู้ป่วยตั้งแต่ ๒ รายในหมู่บ้าน/ ชุมชนเดียวกันที่มีความสัมพันธ์ทางระบาดวิทยา ในช่วงเวลา ๒๘ วัน) หรือมีจำนวนผู้ป่วยมากกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปี ให้รีบทำการสอบสวนการระบาดทันที เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค และสาเหตุการระบาดในครั้งนั้น เพื่อการวางแผนในการควบคุมในครั้งนี้ และป้องกันการระบาดในครั้งต่อไปได้อย่างถูกต้องทั้งนี้ให้ดำเนินการตามเงื่อนไขการออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๖**	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๗**	**ปีงบประมาณ ๒๕๖๘**
๑. ร้อยละของอำเภอที่เข้าเกณฑ์พื้นที่อำเภอระบาดของ โรคไข้เลือดออก (ของค่า Median ปีงบ ๒๕๖๔-๒๕๖๘)	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐
๒. ร้อยละของตำบลที่เข้าเกณฑ์พื้นที่ตำบลระบาดของโรคไข้เลือดออก (ของค่า Median ปีงบ ๒๕๖๔-๒๕๖๘)	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๐
๓. อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก	< ร้อยละ ๐.๑	< ร้อยละ ๐.๑	< ร้อยละ๐.๑

๔. วัตถุประสงค์

๑.การดำเนินงานโรงงานปลอดโรคไข้เลือดออก

๒.การเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน

๓.การดำเนินงาน Dengue smart care ในโรงพยาบาล

๔.การดำเนินงานสื่อสารและประชาสัมพันธ์การใช้ชุดตรวจ Dengue NS๑ ในสถานศึกษา

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล รายงานเฝ้าระวังฯ DDS

๖. รายการข้อมูล

๑. แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมพัฒนาทีม SAT JIT ระดับอาเภอ/ตำบล

๒.แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม เพิ่ม HL แก่ประชาชน

๓. ร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่เกิดโรคมีการประเมิน HI CI ผ่านแอพฯ“ทันระบาด”

๔. ร้อยละ ๕๐ ของหมู่บ้าน/ตำบล ที่เข้าเกณฑ์ระบาดสามารถควบคุมโรคได้

๕. มีการจัด Dead case conferenceร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ป่วยเสียชีวิต

๖. ร้อยละ ๗๕ ของอำเภอที่เข้าเกณฑ์ระบาดสามารถควบคุมโรคได้

๗. อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออกไม่เกินร้อยละ ๐.๑

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาทีม SAT ทั้งระดับอำเภอและตำบล ให้สามารถตรวจจับชี้ เป้าแนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสมกับบริบท

๒. ทบทวนแนวทางการวินิจฉัย การรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก

๓. พัฒนาทีม JIT ในการสอบสวน ควบคุมโรค

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก ในโรงเรียน โรงเรียน และโรงพยาบาล

๒. ติดตามการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก ในโรงเรียน โรงเรียน และโรงพยาบาล

๓. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคไข้เลือดออก ในโรงเรียน โรงเรียน และโรงพยาบาล

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๒๑๙๑๒๗๗ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com

๒. ชื่อ-สกุล นายฐิติชัย ไชยคำภา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๔๒๕๔๖ E-mail : titichai๒๙@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๒ ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด (๑) กลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี (กลุ่มอายุ ๑ ปี ฉีด MMR๑/BCG/OPV๓/DTP๓/HBV๓ กลุ่มอายุ ๓ ปี ฉีด MMR๒/JE กลุ่มอายุ ๕ ปี ฉีด OPV๕/DTP๕)

๒. คำนิยาม

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน หมายถึง สัดส่วนหรือร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน

การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หมายถึง หน่วยงานสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๑ ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ ๑ ปี ในงวดที่รายที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๑ ปี โดยพิจารณาจากวัคซีน BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๑-๓, DTP-HB-Hib๑-๓, IPV, OPV๑-๓, MMR๑ จากเด็กที่อายุครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๓ ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ ๓ ปี ในงวดที่รายที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๓ ปี โดยพิจารณาจากวัคซีน LAJE๒ จากเด็กที่อายุครบ ๓ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๕ ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ ๕ ปี ในงวดที่รายที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๕ ปี โดยพิจารณาจากวัคซีน DTP๕, OPV๕ จากเด็กที่อายุครบ ๕ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๑ ปี	ร้อยละ ๕๕.๖๒	ร้อยละ ๘๔.๗๖	ร้อยละ ๙๗.๔๓
๒.ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๓ ปี	ร้อยละ ๕๑.๕๓	ร้อยละ ๙๒.๓๓	ร้อยละ ๙๕.๒๙
๓.ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๕ ปี	ร้อยละ ๕๙.๗๔	ร้อยละ ๗๐.๗๖	ร้อยละ ๙๖.๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๒. เพื่อเร่งรัดความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในกลุ่มเป้าหมาย

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จากระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของจังหวัดมหาสารคาม

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ๑ ปี, ๓ ปี และ ๕ ปี จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

B : ประชากรเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนระดับพื้นที่

๓. การประเมินผลการดำเนินงานด้วยดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๙ ในระดับพื้นที่ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. การจัดทำระบบข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกเดือน ผ่านระบบออนไลน์ แยกรายอำเภอ และหน่วยบริการ

๓. เร่งรัด ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกกลุ่มเป้าหมายในอำเภอที่มีผลงานต่ำ

๔. ลงพื้นที่นิเทศ ติดตามการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

๕. ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๙

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๒๑๙๑๒๗๗ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวอรอุมา คำคาวี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๔๒๕๔๖ E-mail : onuma_envi๕๓@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๒ ร้อยละความครอบคลุมวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด(๑) กลุ่มอายุ ๑ ปี, ๓ ปี, ๕ ปี (กลุ่มอายุ ๑ ปี ฉีด MMR๑/BCG/OPV๓/DTP๓/HBV๓ กลุ่มอายุ ๓ ปี ฉีด MMR๒/JE กลุ่มอายุ ๕ ปี ฉีด OPV๕/DTP๕)
(๒) ร้อยละความครอบคลุมวัคซีน HPVในกลุ่มหญิงไทยอายุ ๑๑-๒๐ ปี

๒. คำนิยาม

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในหญิงไทยรองจากมะเร็งเต้านม สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus หรือเชื้อไวรัส HPV ที่เนื้อเยื่อบุผิวปากมดลูก ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเจริญผิดปกติ และก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในที่สุด โดยสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน HPV ซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในผู้ที่ยังไม่พบติดเชื้อมาก่อน และในปี ๒๕๖๙ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการนโยบายต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มเป้าหมายดังนี้

๑. กลุ่มเป้าหมายตามสิทธิประโยชน์ พิจารณาให้วัคซีนก่อนเป็นลำดับแรก ได้แก่ กลุ่มหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ปีการศึกษา ๒๕๖๘ หรือ อายุ ๑๑ - ๑๒ ปี หรือเป็นไปตามสิทธิประโยชน์

๒. นอกกลุ่ม ป.๕ พิจารณาให้วัคซีน HPV กรณีมีวัคซีนคงคลังในพื้นที่จังหวัด ดังนี้

๒.๑ กลุ่มนอกเหนือจาก ป.๕ อายุ ๑๑ - ๒๐ ปี ที่ไม่เคยรับการฉีดวัคซีน HPV ทั้งในและนอกระบบการศึกษา

๒.๒ กลุ่มนักศึกษาหญิงไทย อายุ ๑๘ – ๒๐ ปี ที่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีน HPV และอนุโลมให้บริการได้ในนักศึกษาปริญญาตรีที่อายุเกิน ๒๐ ปี

กรมควบคุมโรค ดำเนินการการสำรวจเป้าประสงค์ และให้หน่วยบริการแจ้งความต้องการวัคซีน HPV ๙ สายพันธุ์ สำหรับนักเรียน/นักศึกษาหญิงไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๕ ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ผ่านระบบ VMI ขององค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข และ นอกกลุ่ม ป.๕ พิจารณาให้วัคซีน HPV กรณีมีวัคซีนคงคลังในพื้นที่จังหวัด เพื่อเพิ่มความครอบคลุมระดับภูมิคุ้มกันโรคต่อเชื้อไวรัสเอชพีวี (HIV) ในประเทศไทย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละความครอบคลุมวัคซีน HPV ในกลุ่มหญิงไทยอายุ ๑๑-๒๐ ปี	N/A	๑๒๔.๔๓	๘๘.๑๖

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส HPV ในกลุ่มเป้าหมาย มุ่งหวังผลในการลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลการให้บริการวัคซีน HPV ผ่านระบบ MOPH Claim ของกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : ผลการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ในกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบ MOPH Claim ของกระทรวงสาธารณสุข

B : จำนวนวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) ที่ได้รับการจัดสรร (Health Data Center)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการให้บริการวัคซีน HPV

๓. การประเมินผลการดำเนินงานด้วยดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ชี้แจงแนวทางการให้วัคซีน HPV ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ในระดับพื้นที่ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ ให้บริการฉีดวัคซีน HPV ๙ สายพันธุ์ กลุ่มนักเรียนหญิง ป.๕ ในสถานศึกษา

๓. เดือนธันวาคม ๒๕๖๘ - เมษายน ๒๕๖๙ ให้บริการฉีดวัคซีน HPV ที่มีคงคลังในพื้นที่ ในกลุ่มอายุ ๑๑ - ๒๐ ปี ที่นอกเหนือจากนักเรียนหญิงชั้น ป.๕

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรรค ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙-๖๐๔๐ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวอรอุมา คำคาวี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๔๒๕๔๖ E-mail : onuma_envi๕๓@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๓ ร้อยละอำเภอมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ โรคระบาด โรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ที่มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. คำนิยาม

๑. อำเภอมีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ โรคระบาด โรคติดต่ออุบัติใหม่ และโรคติดต่ออุบัติซ้ำที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (SRRT) อ้างอิงตามคู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๒๕๖๓

๒. เกณฑ์ หมายถึง เกณฑ์ตามมาตรฐาน ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดย่อย อ้างอิงตามคู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๒๕๖๓

๓. ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (SRRT) ผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐาน หมายถึง ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ โดยการประเมินผลใช้องค์ประกอบตามมาตรฐาน ตัวชี้วัด และตัวชี้วัดย่อย อ้างอิงตามคู่มือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ๒๕๖๓

๔. การผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง พิจารณาจากจำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ ระดับ

- มาตรฐานระดับพื้นฐาน หมายถึง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด (B) ทั้งหมด
- มาตรฐานระดับดี หมายถึง ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด (S) ทั้งหมด
- มาตรฐานระดับดีเยี่ยม หมายถึง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีติดต่อกัน โดยมีระยะห่างจากครั้งก่อน ไม่ต่ำกว่า ๑ ปี และมีทีมส่วนกลางเป็นผู้ประเมิน

๕. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ประกอบด้วย

- ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อม คือทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (SRRT)
- ระดับความสำเร็จการตอบโต้ คือ ร้อยละของการตอบโต้เหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์รายงานเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (DCIR) รายงานผู้บริหารภายใน ๓๐ นาที,เข้าเกณฑ์รายงานเหตุการณ์ที่มีความสำคัญสูง (CIR) รายงานผู้บริหารภายใน ๑๒๐ นาที ,และเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (JIT)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละทีม SRRT ที่ผ่านเกณฑ์รับรองมาตรฐาน	๔๖.๕๒	๗๖.๙๒	๑๐๐
๒. ร้อยละของการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Sunveillance: DDS)	๙๘.๗๒	๑๐๐	๑๐๐
๓. ระดับความสำเร็จในการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ(SRRT) ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานระดับดี

๒. เพื่อให้สถานพยาบาลระดับอำเภอ รายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Sunveillance: DDS) ได้ครอบคลุมและทันเวลา ร้อยละ ๑๐๐

๓. เพื่อให้ทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ(SRRT) มีการเตรียมพร้อมและตอบโต้การระบาดโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการทำงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ (SRRT) ตามตัวชี้วัด พิจารณาจากเอกสารต่าง ๆ เช่น คำสั่ง แฟ้มประวัติ แผนงาน ตารางเวรรายการ สิ่งสนับสนุน เกณฑ์/เงื่อนไขที่ทีมกำหนด ทะเบียน/รายงาน การนำไปใช้ประโยชน์ การสื่อสาร หลักฐานการแจ้งเตือน ฯลฯ บางตัวชี้วัดย่อยอาจพิจารณาจากหลักฐานอื่น เช่น ยานพาหนะ วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

๒. การประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงาน พิจารณาจากความสามารถในการเก็บสิ่งส่งตรวจ การสวมชุดป้องกันตนเอง (ทดสอบ)

๓. ติดตามการรายงานความครอบคลุมและทันเวลาของสถานพยาบาลรายอำเภอ จากแดชบอร์ดความครอบคลุมและทันเวลา

๖. รายการข้อมูล

๑. แบบสรุปผลการประเมินมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับอำเภอ

๒. ทะเบียนรับแจ้งข่าว/ทะเบียนเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๓. คำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทำเนียบผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ระดับอำเภอ

๔. แผนงานโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๕. รายงานเหตุการณ์สำคัญเบื้องต้น (Spot report) ระดับอำเภอ

๖. เกณฑ์การออกสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๗. ทะเบียนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการสอบสวน ควบคุมโรค

๘. รายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพระดับอำเภอ ได้แก่ รายงานสอบสวนเบื้องต้น (Preliminary Report) รายงานการสอบสวนฉบับสมบูรณ์ (Full Report)

๙. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอรายเดือน (Onepage)

๑๐. หลักฐานเอกสาร/ภาพถ่ายที่แสดงถึงการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา

๒. พัฒนาระบบการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Sunveillance: DDS) และการรายงานเหตุการณ์ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance)

๓. พัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด (SAT & JIT) และระดับอำเภอ (SRRT)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ทบทวนคณะทำงาน/คำสั่งผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านระบาดวิทยา การสอบสวนและการควบคุมโรค พัฒนาศักยภาพบุคคลากรด้านงานวิชาการระบาดวิทยา

๒. ชี้แจงแนวทางการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Sunveillance: DDS) และการรายงานเหตุการณ์ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance) ติดตามการรายงานเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาด และการตรวจจับการระบาดและติดตามประเมินผลเป็นระยะ

๓. มีการกำหนดเกณฑ์การรายงาน SHERT ,DCIR ,CIR ,JIT และประเมินรับรองมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพทุกอำเภอ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙๖๐๔๐ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com
๒. นางศิริพร ระโยธี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๑๔๖๒๔๖๓ E-mail : t.risiporn@gmail.com
๓. นางสาวเสาวลักษณ์ อนุฤทธิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๙๙-๔๖๒๙๕๖๔ E-mail :Soawalak๒๑@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๔ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. คำนิยาม

การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management : PHEM) หมายถึง กระบวนการและขั้นตอนต่างๆ ของการจัดการเหตุการณ์การเกิดโรคและภัยคุกคามสุขภาพอย่างรวดเร็วและเป็นระบบ ครอบคลุมทุกระยะตั้งแต่การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน

ระบบบัญชาการเหตุการณ์(Incident Command System : ICS) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับบัญชา สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในสถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่แม่นยำ และรวดเร็ว ระบบดังกล่าวเป็นระบบปฏิบัติการเพื่อการระดมทรัพยากรไปยังที่เกิดเหตุ เพื่อบริหารจัดการเหตุฉุกเฉินให้สามารถปกป้องชีวิต ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อมได้อย่างบรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงานและบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

สาธารณภัย หมายถึง อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืช ตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณชน อาจเกิดจากธรรมชาติมีผู้ทำให้เกิดขึ้น อุบัติเหตุหรือเหตุอื่นใด ก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชนหรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ รวมถึงภัยทางอากาศและการก่อวินาศกรรมด้วย

ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่างๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึงหมายความถึง “โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิดสาธารณภัยโดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และบริการต่างๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

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

แผนความต่อเนื่องภารกิจขององค์กร (Business Continuity Plan : BCP) หมายถึง แผนสำหรับเป็นแนวทางในการปฏิบัติ กรณีเกิดในสภาวะวิกฤต เหตุการณ์ฉุกเฉิน หรือภัยพิบัติ ที่มีผลกระทบต่อภารกิจหลัก ลดการเกิดผลกระทบต่อองค์กร ให้สามารถดำเนินงานตามภารกิจหลัก ได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถดำเนินงานตามภารกิจภายใต้โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ ตามที่ได้รับมอบหมาย รวมถึงสามารถฟื้นฟูองค์กรสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็ว

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรค และภัยสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่อำเภอ อย่างน้อย ๑ ภัย

EOC Assessment Tool หมายถึง แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข (EOC assessment tool 2019) ซึ่งประกอบด้วย ๑๐ หมวด คือ

หมวดที่ ๑ : บริบท
หมวดที่ ๒ : ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน
หมวดที่ ๓ : กรอบโครงสร้างการทำงาน
หมวดที่ ๔ : ระบบข้อมูล
หมวดที่ ๕ : Critical Information
หมวดที่ ๖ : Incident management and response
หมวดที่ ๗ : การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย
หมวดที่ ๘ : การสื่อสารภายใน (หมายถึง การสื่อสารภายในระบบ ICS)
หมวดที่ ๙ : Coordination and logistical support of field operations
หมวดที่ ๑๐ : Training, Exercise and Evaluation

มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure : SOP) หมายถึง เอกสารที่อธิบายรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในแต่ละตำแหน่ง โดยแสดงผังความสำคัญ และรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนว่าใครทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร และอย่างไร ประกอบด้วยระเบียบวิธีปฏิบัติ (Procedure Manual : PM) วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction : WI) และเอกสารสนับสนุน (Supporting Document : SD)

แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับ หรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็นการสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถ ดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

หลักสูตร ICS ๑๐๐ หมายถึง หลักสูตรการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของกรมควบคุมโรค เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ระบบบัญชาการเหตุการณ์และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค เบื้องต้นให้กับบุคลากรตามคำสั่งคณะกรรมการ EOC

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด และข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามประสานและรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง ๑๓ อำเภอ

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบถ้วน

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. คณะกรรมการทุกกล่องภารกิจสามารถปฏิบัติงานและผลักดันให้การดำเนินงานได้ทันที

๒. มีแผนปฏิบัติการครอบคลุมการดำเนินงานทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ได้แก่ แผนประคองกิจการ (Business Continuity Plan), แผนปฏิบัติทุกโรคและภัยสุขภาพ (All Hazard Plan), แผนปฏิบัติกรเฉพาะโรคและภัยสุขภาพ (Hazard Specific Plan), แผนอพยพกำลังคน (Manpower Evacuation Plan), และแผนระดมสรรพกำลัง (Surge Capacity Plan)

๓. มีการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ และนำโรคและภัยสุขภาพที่เป็นความเสี่ยง ๓ ลำดับแรกมาซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขแบบบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๔. มีมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOPs) ในการปฏิบัติงานครอบคลุมทุกกล่องภารกิจตามผังบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)

๕. มีการประเมินตนเองโดยใช้ EOC Assessment Tool จากกรมควบคุมโรค

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

เป้าหมาย	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
“ยกระดับการพัฒนาระบบ EOC ด้านการแพทย์และสาธารณสุข” โดยให้ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคามมีระบบงานด้านสุขภาพและระบบจัดการภาวะฉุกเฉินทางสุขภาพที่ครบวงจร เพื่อยกระดับความมั่นคงด้านสุขภาพ สามารถตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้ทุกภัยอย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย เพื่อปกป้องชีวิต สวัสดิภาพ และความเป็นอยู่ของประชาชน ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแบบบูรณาการและยั่งยืน	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของอำเภอ สำหรับรองรับทุกภัย (All Hazard) ๒. มีผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอ ครบ ๓ องค์ประกอบหลัก ๓. มีการประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ (Risk Assessment) และรายงานผลการประเมินความเสี่ยงสาธารณภัยของพื้นที่ ๔. ประเมินตนเองโดยใช้ EOC Assessment Tool ครั้งที่ ๑	๑. จัดทำ/ปรับปรุงแผนประคองกิจการ (BCP) ตามแบบฟอร์มกลาง เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที ๒. มีแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละกล่องภารกิจ ๓. มีแผนงาน/โครงการ การฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเสี่ยงของพื้นที่	๑. จัดทำแผนปฏิบัติการเฉพาะโรค (Hazard specific Plan) รองรับภัยจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ อย่างน้อย ๑ โรค/ภัย ๒. พัฒนาบุคลากรในคำสั่ง EOC โดยการเข้ารับการอบรมหลักสูตร ICS ๑๐๐ (ผ่านระบบออนไลน์)	๑. การฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ๒. ถอดบทเรียนและสรุปรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะ ฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๓. ประเมินตนเองโดยใช้ EOC Assessment Tool ครั้งที่ ๒ (สสจ. ได้คะแนน >๙๐%/สสอ.ได้คะแนน >๖๐%)

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail : Rutchaneevipa@yahoo.com
๒. นางวิกิตตา อิ่มสำอางค์ ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๘๗๖๗๐๙๓ E-mail : wikitta.mahasarakham@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๕ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จในการขับเคลื่อนจังหวัดใช้ยาสมเหตุผลและระบบจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. คำนิยาม

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

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

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

อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ ซึ่งมีองค์ประกอบจากการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานรัฐ ภาคเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน เช่น กรรมการ พชอ./พชข. เพื่อพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแต่ละอำเภอ/เขต โดยมีการเชื่อมโยงทั้งสถานบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจน มีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพทั้งรัฐและเอกชน รวมถึงระบบงานเชิงรุกในชุมชน มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ กระทรวงสาธารณสุข และจังหวัดมหาสารคาม มุ่งเน้นการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเพื่อตอบสนองการลดภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โรคไตเรื้อรัง (CKD) และการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

การพัฒนา ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) และการพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยา ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in private sectors) รวมถึงการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community)

RDU hospital หมายถึง การประเมินระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพท./รพช.) มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ ๑๘ ตัวชี้วัด

RDU PCU หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เรียกในชื่ออื่น มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์คือ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ทั้งสองโรค

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง การออกแบบบริการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

๑) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)

๒) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active community based surveillance) จังหวัดมหาสารคามมีประเด็นมุ่งเน้นจัดการปัญหายาเหลือใช้ในครัวเรือนเชื่อมโยงไปจนถึงการจัดการขยะยาเพื่อลดปัญหาต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพปลอมปนสเตียรอยด์ ปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยเนื่องจากการโฆษณาไม่เหมาะสม

๓) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community participation) ขับเคลื่อนโดยชุมชนหรือ พชอ. เป็นหลัก ผลักดันเป็นวาระสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ โดยดำเนินงานผ่านเครือข่าย บวร.ร.และ โรงเรียน อย.น้อย วัดผลเป็นความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย บวร.ร.และโรงเรียน อย.น้อย โดยสมาชิกเครือข่าย บวร.ร. ได้แก่ ผู้นำชุมชน อสม. ครู นักเรียน พระภิกษุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการอื่นๆ

๔) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) ได้แก่ ร้านชำ ร้านยา คลินิก และโรงพยาบาลเอกชน

๕) การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายเครือข่าย บวร.ร. อย.น้อย. และกลุ่มผู้ป่วยโรคไตได้รับการพัฒนาความรอบรู้ โดยปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ กำหนดพื้นที่เป้าหมายทุกอำเภอ อำเภอละ ๑ รพสต. สนับสนุนให้มีตัวแทนบุคคลรอบรู้เป็นต้นแบบและเผยแพร่ความรอบรู้ให้ขยายวงกว้าง ด้วยกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. คบส. เฝ้าระวังเชิงรุกด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยุวทูต อย.น้อย

การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (Self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง ๕ กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง เพื่อลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ตามกุญแจ PLEASE)

อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในกระแส เลือด (bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture ๑๐๐,๐๐๐ ราย (per ๑๐๐,๐๐๐ tested patients) โดย focus เชื้อดื้อยาที่เป็น hospital origin ดังต่อไปนี้
๑. Acinetobacter baumannii ดื้อต่อยา carbapenem (CRAB) ๒. Klebsiella pneumoniae ดื้อต่อยา carbapenem (CRKP) ๓. Escherichia coli ดื้อต่อยา carbapenem (CREC) hospital origin หมายถึง การติดเชื้อภายหลังจากเข้านอนในโรงพยาบาลมากกว่า ๒ วันปฏิทิน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ A. baumannii, K. pneumoniae, E. coli ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาล (<๖,๙๙๙) ผลงาน ๘,๓๔๘ ราย/๑๐๐,๐๐๐ patients	๖,๙๙๙ baseline	<๖,๙๙๙	<๖,๙๙๙
ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ RDU hospital	๕	๕	๕
ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริม การใช้ยาปลอดภัยในชุมชน (RDU community)	๕	๕	๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยบริการมีการใช้ยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่อง

๒. เพื่อให้ทุกอำเภอมีการออกแบบบริหารจัดการเพื่อให้มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยการมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายในชุมชน

๓. เพื่อให้ชุมชนสามารถป้องกัน เฝ้าระวัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการปัญหาด้านยาอย่างเป็นระบบ

๔. เพื่อให้อำเภอสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและสามารถนำมาใช้ในการจัดการปัญหายาในชุมชนได้อย่างยั่งยืน เพื่อขับเคลื่อนสู่การเป็นจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายชุมชน ระบบรายงานเฉพาะกิจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม , ระบบ HDC dashboard

๖. รายการข้อมูล

A : AMR ระดับความสำเร็จในการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

B : RDU hospital ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ RDU hospital

C : RDU community ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน (RDU community)

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางกาญจนา แป๊ะประภา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ - E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๖ อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีไม่เกิน ๔.๗๐ ต่อแสนประชากร
๒. คำนิยาม

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

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี	๖.๘๕	๗.๕๘	๕.๖๑

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสร้างทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำในพื้นที่ และสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

๕. แหล่งข้อมูล

จากการประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำและข้อมูลการเสียชีวิตจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้เสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ICD-๑๐=W๖๕-W๗๔)

หมายเหตุ : ปี ๒๕๖๘ เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘

B : จำนวนประชากรกลางปีของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

สูตรการคำนวณ (A/B) X ๑๐๐,๐๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. มีตำบลต้นแบบในการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันเด็กจมน้ำทุกอำเภอ

๒. พัฒนาและสร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER Plus) ป้องกันการจมน้ำแบบบูรณาการของภาคีเครือข่ายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. สนับสนุนสื่อการดำเนินงาน

๒. อบรมฟื้นฟูวิทยากรทีมผู้ก่อการดี

๓. ประเมินรับรองทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันการจมน้ำ

๔. ควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑. ก่อตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำระดับเงินหรือทองอย่างน้อย ๑ ทีม ในระดับตำบลขึ้นไป โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้

๑.๑ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๗ – ๒๕๖๘

๑.๒ มีการบริหารจัดการ เช่น การแก้ไขปัญหาแบบสหสาขา การ Sharing ทรัพยากรและการขยายการดำเนินงาน

๑.๓ มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๘) และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

๑.๔ มีการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่

๑.๔.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน

๑.๔.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอน

๑.๕ มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดังนี้

๑.๕.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน

๑.๕.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง

๑.๖ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน หรือโรงเรียนทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง และมีการใช้คอกกั้นเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี

๑.๗ มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

๑.๗.๑ เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ คน/ปี

๑.๗.๒ ประชาชน จำนวนไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน/ปี

๑.๘ มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน /ปี

๑.๙ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน)

๑.๑๐ มีการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

๒. บุคลากรสาธารณสุขผ่านการเรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning อย่างน้อย ๑ คน/แห่ง

๓. มีการสอบสวนการการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report

๔. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงินหรือระดับทองอย่างน้อย ๑ ทีม

๕. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๓.๗ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน

แนวทางการดำเนินระดับตำบล

๑.ร่วมมือกับอำเภอในการก่อตั้งทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำหรือก่อตั้งทีมเองในระดับตำบล ระดับเงินหรือทองอย่างน้อย ๑ ทีม โดยมีองค์ประกอบในการดำเนินการดังนี้

๑.๑ มีแผนงานโครงการในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗

๑.๒ มีการบริหารจัดการ เช่น การแก้ไขปัญหาแบบสหสาขา การ Sharing ทรัพยากร และการขยายการดำเนินงาน

๑.๓ มีการจัดทำสถานการณ์และข้อมูลเด็กจมน้ำในพื้นที่ ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕) และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

๑.๔ มีการสำรวจและจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อยไม่น้อยกว่า ๑๐ แห่ง ได้แก่

๑.๔.๑ สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน

๑.๔.๒ จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ เช่น ไม้ เชือก ถังแกลลอน

๑.๕ มีการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ หรือจำนวนไม่น้อยกว่า ๓ แห่ง และโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล ๑ แห่ง ดังนี้

๑.๕.๑ สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน

๑.๕.๒ สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง

๑.๖ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำให้แก่เด็ก/ประชาชน ในสถานบริการสาธารณสุข ชุมชน หรือโรงเรียนทุกเดือน จำนวนอย่างน้อย ๕ แห่ง และมีการใช้คอกกั้นเด็กหรือพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ร้อยละ ๖๐ ของเด็กอายุ ๐-๒ ปี

๑.๗ มีการผลักดัน/สนับสนุน ให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย

๑.๗.๑ เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี จำนวนไม่น้อยกว่า ๒๐๐ คน/ปี

๑.๘ มีการสอนให้คนในชุมชนได้ฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ไม่น้อยกว่า ๑๐๐ คน /ปี

๑.๙ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯจำนวนอย่างน้อย ๖ ครั้ง/ปี (ทำเดือนเว้นเดือน)

๑.๑๐ มีการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

๒. บุคลากรสาธารณสุขผ่านการเรียนหลักสูตรป้องกันการจมน้ำผ่านระบบ e-Learning อย่างน้อย ๑ คน/แห่ง

๓. มีการสอบสวนการการจมน้ำและรายงานในระบบ Drowning Report

๔. สมัครเข้ารับการประเมินทีมผู้ก่อการดี (Merit Maker) ป้องกันเด็กจมน้ำ ระดับเงิน หรือระดับทองอย่างน้อย ๑ ทีม

๕. ลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ไม่เกิน ๓.๗ ต่อประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี แสนคน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวพัชราพรรณ พลแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๙๓๙๕๔๑ E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๖.๑๗ ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.๒๕๖๒
๒. คำนิยาม

อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจาก สิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงาน ตามมาตรการสำคัญสอดคล้องกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ ประกอบด้วย

๑. จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับอำเภอ ประกอบด้วย ข้อมูลประชากรกลุ่มแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ สถานประกอบการทั้งเข้าข่ายโรงงานและไม่เข้าข่ายโรงงาน กลุ่มอาชีพเสี่ยงต่อโรคตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม

๒. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม (EnvOcc CU) ระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการในหน่วยปฏิบัติการฯ จะต้องผ่านการอบรมตามหลักเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยฯ ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

๓. มีการแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรค กรณี พบผู้ซึ่งเป็น หรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค ตามผังไหล (Flowchart) การแจ้ง การรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดมหาสารคาม

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

๕. รพช./รพท./รพศ. มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๖๐	-	-

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ รวมทั้งมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

๕. แหล่งข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การขับเคลื่อนการดำเนินการตามพ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. ยกระดับการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้ได้ตามมาตรฐาน

๓. สร้างความเข้มแข็งและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๔. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร การเฝ้าระวัง การแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรคฯ ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ

๒. จัดตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัด/อำเภอ (EnvOcc CU) ตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. จัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ระดับอำเภอ ประกอบด้วย ข้อมูลประชากรกลุ่มแรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ สถานประกอบการทั้งเข้าข่ายโรงงานและไม่เข้าข่ายโรงงาน กลุ่มอาชีพเสี่ยงต่อโรคตามพ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ๒๕๖๒ และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงวิเคราะห์และจัดทำสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ประกาศตาม พ.ร.บ.ฯ หรือ โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่

๔. ทบทวนผังไหล (Flowchart) การแจ้ง การรายงานโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมจังหวัดมหาสารคาม ประกาศใช้ และดำเนินการตามผังไหล (Flowchart) การแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรค กรณี พบผู้ซึ่งเป็น หรือมีเหตุอันสงสัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม

๕. แจ้งเตือน สื่อสารสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ไปยังเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนทั่วไป ดังนี้

๕.๑ โรคจากการประกอบอาชีพ ได้แก่ (๑) โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว (๒) โรคจากฝุ่นซิลิกา (๓) โรคจากภาวะอับอากาศ (๔) โรคจากแอสเบสตอส (ใยหิน) หรือโรคมะเร็งที่เกิดจากแอสเบสตอส (ใยหิน) (๕) โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

๕.๒ โรคจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (๑) โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว (๒) โรคหรืออาการที่เกิดจากการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน

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

๗. ติดตาม กำกับ และประเมินการดำเนินงานของอำเภอ

๘. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี พร้อมระบุปัญหาอุปสรรค เสนอรายงานต่อคณะกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ตามลำดับต่อไป

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทรศัพท์ ๐๘ ๑๕๔๔ ๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นายวันชนะ สิริสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๑๓๒๐ ๐๙๙๑ E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๗ อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๑-๑๘ ปี) ลดลง

๒. คำนิยาม

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

ผู้บาดเจ็บ หมายถึง ผู้บาดเจ็บทางถนน ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล

ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วย ภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

เด็ก หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง ๐ – ๑๔ ปี

เยาวชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุระหว่าง ๑๕ – ๑๘ ปี

การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI) หมายถึง การดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) โดยหน่วยงานในอำเภอผ่านกลไกการทำงานต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอ เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แขวงการทาง หมวดการทาง ขนส่งอำเภอ/จังหวัด ตำรวจ สถานศึกษา ภาคเอกชน ฯลฯ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ – ๑๘ ปี) ลดลงร้อยละ ๓	N/A	N/A	๒๕.๕๙

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงอายุ ๑ - ๑๘ ปี) ลดลง

๕. แหล่งข้อมูล

ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน" (THAIRSC)
บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด

๖. รายการข้อมูล

A : (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน ช่วงอายุ ๑ – ๑๘ ปี ปี ๒๕๖๙) – (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน ช่วงอายุ ๑ – ๑๘ ปี ค่าเฉลี่ยปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘)

B : จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชน ช่วงอายุ ๑ – ๑๘ ปี ค่าเฉลี่ยปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘

หมายเหตุ ระยะเวลาประเมินผล ตุลาคม ๒๕๖๘– กันยายน ๒๕๖๙ (๑๒ เดือน)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (TSY Program) ๖ ขั้นตอน

๒. การส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) จัดตั้งธนาคารที่นั่งนิรภัยในโรงพยาบาล

๓. อำเภอมีการดำเนินงาน พชอ ประเด็น RTI ในกลุ่มเด็กและเยาวชน

๔. การดำเนินงาน D-RTI

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. ทำแผนบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับ ศปถ.จังหวัด

๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (TSY Program) ๖ ขั้นตอน

๓. ร่วมสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่าย

๔. ขับเคลื่อนทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI ,RTI Team)

๕. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน (สสจ.มค.)

๖. ณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน

๗. พัฒนาศักยภาพและเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ ระบบการสั่งการ ตลอดจนระบบการติดต่อสื่อสารเพื่อตอบสนองกรณีเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งในสภาวะปกติและสาธารณภัย

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑. วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การบาดเจ็บ /เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน/ประชุมศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)

๒. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (TSY Program) ๖ ขั้นตอน ร่วมกับศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ)

๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาโดยการประชุมเพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ผลักดันให้เกิดมาตรการป้องกันการบาดเจ็บทางถนน

๔. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยวิเคราะห์ตามประเด็นหลัก (ถนน คน รถ และสิ่งแวดล้อม) และสรุปข้อเสนอแนะหรือแนวทางแก้ไขปัญหา

๕. ชี้เป้าจุดเสี่ยงโดยการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดการจุดเสี่ยง/ความเสี่ยงโดยนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๖. ขับเคลื่อนทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล/หมู่บ้าน (RTI Team ตำบล)

๗. ขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน /ด่านชุมชน /ศูนย์สร่างเมา ในช่วงเทศกาลหรือในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

แนวทางการดำเนินระดับตำบล

๑. จัดทำแผนงาน/โครงการบูรณาการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนร่วมกับทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team)

๒. จัดตั้งทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) และมีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม

๓. เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน และนำเสนอในเวทีการประชุมประจำเดือน

๔. สำรวจพื้นที่จุดเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทางถนน จัดทำแผนที่จุดเสี่ยง และนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕. รณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ด้านอุบัติเหตุจราจรและการป้องกันในชุมชน

๖. มีส่วนร่วมในการสอบสวนการบาดเจ็บหรือการตายจากอุบัติเหตุ (กรณีเกิดเหตุการณ์ในพื้นที่)

๗. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน เช่น อาสาสมัครกู้ชีพ อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) อาสาสมัครสาธารณสุขฯ (อสม.)และบุคลากรภาคีเครือข่ายในชุมชน (เรื่อง การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ และการแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินในระบบ ๑๖๖๙)

๘. เฝ้าระวังอุบัติเหตุในชุมชน ช่วงเทศกาลสำคัญ ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ หรือตามที่ทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ระดับตำบล (RTI Team) กำหนด

๙. จัดทำมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนนของหน่วยงานในการสวมหมวกนิรภัย ๑๐๐% /คาดเข็มขัด ๑๐๐% และการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเคร่งครัด

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

นางสาวพัชราพรรณ พลแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๖๒-๖๙๓๙๕๔๑ E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๒ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๓ : โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๘ ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ ๒ (MMR๒) ในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี

๒. คำนิยาม

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน หมายถึง สัดส่วนหรือร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) หมายถึง ร้อยละของประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR)

วัคซีน MMR เข็ม ๒ หมายถึง การให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน ครั้งที่ ๒ (MMR๒) กลุ่มเด็กอายุ ๑ ปี ๖ เดือน ตามกำหนดการให้วัคซีน ตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๗

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ ๒ (MMR๒) ในเด็กอายุต่ำกว่า ๓ ปี	ร้อยละ ๗๘.๘๔	ร้อยละ ๙๔.๒๘	ร้อยละ ๙๗.๖๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) เข็ม ๒ ในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗

๒. เพื่อเร่งรัดความครอบคลุมการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) เข็ม ๒ ในกลุ่มเป้าหมาย

๓. เพื่อเร่งสร้างภูมิคุ้มกันหมู่ ป้องกันการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคหัดและหัดเยอรมัน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จากระบบฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของจังหวัดมหาสารคาม

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กกลุ่มเป้าหมาย ผ่านระบบ Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : ประชากรเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด – คางทูม - หัดเยอรมัน (MMR) จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (Health Data Center)

B : ประชากรเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (Health Data Center)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนระดับพื้นที่

๓. การประเมินผลการดำเนินงานด้วยดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๙ ในระดับพื้นที่ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. การจัดทำระบบข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกเดือน ผ่านระบบออนไลน์แยกราย อำเภอ และหน่วยบริการ

๓. เร่งรัด ติดตามความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกกลุ่มเป้าหมายในอำเภอที่มีผลงานต่ำ

๔. ลงพื้นที่นิเทศ ติดตามการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

๕. ประเมินมาตรฐานการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๙

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙-๖๐๔๐ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางสาวอรอุมา คำคาวี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๔๒๕๔๖ E-mail : onuma_envi๕๓@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๓ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการที่ ๔ : โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๑. ตัวชี้วัดที่ ๙ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย
๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดมหาสารคามทุกแห่ง

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

ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไปทุกข้อ)

หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา

๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร

หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท

๑. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕

หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล

๑. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)

๒. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน

๑. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

๑. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ

๒. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล

๑. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร ตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร

๒. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล

๓. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

๔. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)

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

หมวด Innovation การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN

๑. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน

หมวด Network การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN

๑. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย หมายถึง โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCHC ระดับดีเยี่ยม และได้รับการรับรอง (ผ่านเกณฑ์การประเมิน) จากคณะกรรมการที่กรมอนามัยกำหนด ในประเด็นท้าทาย ดังนี้

๑. ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

๒. ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

๓. ด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมินรับรองการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย หมายถึง โรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน GCHC ระดับท้าทายจากคณะกรรมการที่กรมอนามัยกำหนด ในประเด็นการพัฒนา GCHC ระดับท้าทาย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับมาตรฐานขึ้นไป	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย	ร้อยละ ๕๓.๘ (๗ แห่ง)	ร้อยละ ๗๖.๙ (๑๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๕
๒.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย อย่างน้อย ๑ ด้าน	ร้อยละ ๕๓.๘ (๗ แห่ง)	ร้อยละ ๗๖.๙ (๑๐ แห่ง)	ร้อยละ ๗๕
๒.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์	ร้อยละ ๒๓ (๓ แห่ง)	ร้อยละ ๕๓.๘ (๗ แห่ง)	ร้อยละ ๖๕
๒.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ	-	ร้อยละ ๗.๗ (๑ แห่ง)	๓๐

หมายเหตุ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป้าหมายพัฒนาระดับท้าทาย ๔ ด้าน

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคาม มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) สู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านระดับท้าทาย

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge

๑.๑ โรงพยาบาลประเมินตนเองในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th) เพื่อวางแผนพัฒนาและปรับปรุงตามแนวทางที่กำหนด และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๑.๒ ทีมประเมินระดับจังหวัดประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCHC

๒. GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย

๒.๑ โรงพยาบาลแจ้งความประสงค์และส่งเอกสารขอรับการประเมินตามระยะเวลาที่กรมอนามัยหรือศูนย์อนามัยที่ ๗ กำหนด

๒.๒ โรงพยาบาลการเข้าร่วมรับการประเมินรับรองจากคณะกรรมการ

๒.๓ คณะกรรมการที่กรมอนามัยกำหนดเป็นผู้ประเมินรับรอง

๓. ระบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th)

๔. หลักฐานประกอบรายละเอียดเกณฑ์การประเมิน

๕.หลักฐานการบันทึกข้อมูลทรัพยากรเพื่อใช้ประเมิน Carbon Footprint ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่

๕.๑ โปรแกรมคาร์บอนฟุตปริ้นท์ของกรมอนามัย

๕.๒ โปรแกรม THEM

๖. ผลการประเมินของคณะกรรมการของกรมอนามัย หรือ คณะกรรมการที่กรมอนามัยกำหนด

๖. รายการข้อมูล

Y๑ = ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย อย่างน้อย ๑ ด้าน

Y๒ = ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

Y๓ = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทายอย่างน้อย ๑ ด้าน

B = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

C = โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคามทั้งหมด

E = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดมหาสารคามที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

สูตรการคำนวณ

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย อย่างน้อย ๑ ด้าน

$$y_1 = \frac{\mathrm{A} * 100}{D}$$

๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์

$$y_2 = \frac{\mathrm{B} * 100}{D}$$

๓. ร้อยละของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการประเมิน GCHC ระดับท้าทาย ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพอากาศ

$$y_3 = \frac{\mathrm{C} * 100}{E}$$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การขับเคลื่อนนโยบายและสร้างกลไกการพัฒนางาน

๒. ระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน

๓. การจัดการความรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สนับสนุนการพัฒนาและประเมินผลการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย จังหวัดมหาสารคามด้วยระบบพี่เลี้ยงและเพื่อนช่วยเพื่อน

๒. สนับสนุนให้คณะทำงาน GCHC ทุกโรงพยาบาลเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพที่เกี่ยวข้อง

๓. เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตามงาน

๔. จัดเตรียมและบันทึกข้อมูลทรัพยากรในการประเมิน Carbon Footprint ตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ โปรแกรมคาร์บอนฟุตปริ้นท์ของกรมอนามัย และโปรแกรม THEM

๕. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GCHC ของเครือข่ายโรงพยาบาลภายในจังหวัด

๖. ตรวจประเมิน/ให้คำแนะนำ และเยี่ยมสนับสนุนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GCHC ระดับท้าทาย

๑๐. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทรศัพท์ ๐๘ ๑๕๔๔ ๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

๒. ชื่อ-สกุล นางสาวปาริชาต ปกิรณะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๐๒๘ ๖๐๙๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑.ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑ ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารที่พึงประสงค์
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๓ ร้านอาหารได้รับมาตรฐาน MGFH (SAN + เมนูชูสุภาพ ๑ เมนู หรือ อาหารเป็นยาที่มาจากผักพื้นบ้าน)

๒. คำนิยาม

๑. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ ๑.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๒.พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ๓.พฤติกรรมการนอนหลับ ๔.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม หมายถึง การกินผักอย่างน้อย ๕ ทัพพีต่อวัน ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ไม่เกิน ๑-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จ

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

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

๔. ร้านอาหาร หมายถึง ร้านที่ให้บริการอาหารตามความต้องการของลูกค้าเป็นอาคารที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หรือ อาคารที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหาร สำเร็จและจำหน่ายให้ผู้สามารถบริโภคได้ทันที ซึ่งครอบคลุมถึงภัตตาคาร ห้องอาคารในโรงแรม ศูนย์อาหารหรือสวนอาหาร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารที่เหมาะสม (ร้อยละ)	NA	๘๐	๘๐
๒. ร้านอาหาร/สถานที่จำหน่ายอาหาร มีเมนูชูสุขภาพอย่างน้อย ๑ เมนู	NA	๕๐	๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมและมีทางเลือกในการบริโภคอาหาร ลด หวาน มัน เค็ม

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในระบบ “สาสุขอุ่นใจ” https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th

๒. ข้อมูลการประเมินรับรองเมนูชูสุขภาพหรือเมนูทางเลือกในร้านอาหาร จากระบบ food๔health สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมินและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

B : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจงสื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด

๒. สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีการวิเคราะห์ข้อมูลหาสาเหตุของปัญหา

๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลัก ได้แก่ พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในระบบ สาสุขอุ่นใจ และประเมินรับรองเมนูชูสุขภาพ โปรแกรม Food๔Health ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ รพ..และ สสอ. และผู้ประกอบการร้านอาหาร

๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำเพิ่มการรับรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในทุกมิติเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองด้านอาหารได้ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่

๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCDs สุขภาพภาคประชาชน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน

๒. กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนและบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ในระบบโปรแกรม “สาสุข อุ่นใจ” โปรแกรม Food๔Health ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย รพช. สสอ. และผู้ประกอบการร้านอาหาร

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือพัฒนานักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อบริการส่งเสริมความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในทุกคลินิกบริการสุขภาพแนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรม

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม และ NCDs

๖. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา จุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ

๘. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN

๒. คำนิยาม

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

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

มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร SAN หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลของสถานที่จำหน่ายอาหารขั้นพื้นฐาน ซึ่งต้องผ่านการประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารขั้นพื้นฐาน ๕ ปัจจัย คือ ปัจจัยด้านสถานที่ อาหาร ภาชนะอุปกรณ์ บุคคล แมลงและสัตว์นำโรค รวม ๒๐ ข้อ เทียบเท่าเกณฑ์ Clean Food Good Taste เดิม

มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร SAN Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของสถานที่จำหน่ายอาหารระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร SAN ผ่านการตรวจการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรีย และผ่านเกณฑ์พัฒนาและยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหาร ๙ ข้อ Plus เทียบเท่าเกณฑ์ Clean Food Good Taste เดิม

มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร M-GFH หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของสถานที่จำหน่ายอาหารของจังหวัดมหาสารคาม ตามโครงการ “มหาสารคาม อาหารดี ชีวีเป็นสุข สุขภาพแข็งแรง” (Mahasarakham Good Food Good Health ; M-GFH) ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร SAN ผ่านการตรวจการปนเปื้อนของโคลิฟอร์มแบคทีเรียและการตรวจสารปนเปื้อนในวัตถุดิบอาหารและมีเมนูทางเลือกเพื่อสุขภาพ (เมนูชูสุขภาพ / เมนูลดหวานมันเค็ม / อาหารถิ่นกินเป็นยา / เมนูตามธาตุเจ้าเรือน / เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ) อย่างน้อย ๓ เมนู

ระบบ foodhandler หมายถึง ระบบลงทะเบียนและอบรมผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร และประเมินรับรองสถานที่จำหน่ายอาหาร อาหารริมบาทวิถี ตลาดนัด ตลาดสด แผงจำหน่ายอาหารในที่หรือทางสาธารณะ รถเร่จำหน่ายอาหาร โดยเข้าใช้งานในระบบทาง https://foodhandler.anamai.moph.go.th/

ข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่ หมายถึง รายชื่อสถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่ ประกอบด้วยข้อมูลชื่อร้าน ชื่อผู้ประกอบกิจการ สถานที่ตั้ง จำนวนผู้สัมผัสอาหาร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้านอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN	๗๒.๙	๓๓.๗๗	๘๖.๗๒

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร้านอาหาร/สถานที่จำหน่ายอาหารในจังหวัดมหาสารคามสะอาด ปลอดภัย ได้มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ร้านอาหารที่ขออนุญาตจำหน่ายอาหารอย่างถูกต้อง (อปท.)

๒. ข้อมูลร้านอาหารในระบบ foodhandle ของกรมอนามัย

๖. รายการข้อมูล

A : ร้านที่ผ่านการรับรองสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลขั้นพื้นฐาน (SAN) ในระบบ foodhandler

B : ร้านอาหารที่ขออนุญาตจำหน่ายอาหารอย่างถูกต้อง ในจังหวัดมหาสารคาม

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การสำรวจร้านอาหารในจังหวัดมหาสารคามและลงข้อมูลในระบบ foodhandle เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงาน

๒. การประชาสัมพันธ์โครงการร้านอาหารมาตรฐาน SAN

๓. การประเมินร้านอาหารมาตรฐาน SAN

๔. การมอบป้าย/เกียรติบัตร ร้านอาหารมาตรฐาน SAN

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงแนวทางขับเคลื่อนการดำเนินงานและเกณฑ์การประเมินร้านอาหารมาตรฐาน SAN

๒. ประชุมชี้แจงการใช้งานระบบ Foodhandler

๓. ประชุมชี้แจงแนวทางการยกร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม

๔. จัดอบรมหลักสูตรการสุขาภิบาลอาหาร สำหรับผู้ประกอบการ/ผู้สัมผัสอาหาร ตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.๒๕๖๑

๕. การสำรวจร้านอาหารและประเมินร้านอาหารตามมาตรฐาน SAN ในระบบ Foodhandler

๙. ผู้รับผิดชอบ

นายวันชนะ สิริสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๑-๓๒๐-๐๙๙๑ E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๔ ร้านอาหารมีเมนูชูสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม)

๒. คำนิยาม

๑. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ ๑.พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๒.พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ๓.พฤติกรรมการนอนหลับ ๔.พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม หมายถึง การกินผักอย่างน้อย ๕ ทัพพีต่อวัน ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ไม่เกิน ๑-๓ ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่ปรุงเสร็จ

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

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

๔. ร้านอาหาร หมายถึง ร้านที่ให้บริการอาหารตามความต้องการของลูกค้าเป็นอาคารที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หรือ อาคารที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหาร สำเร็จและจำหน่ายให้ผู้สามารถบริโภคได้ทันที ซึ่งครอบคลุมถึงภัตตาคาร ห้องอาหารในโรงแรม ศูนย์อาหารหรือสวนอาหาร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ประชาชนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารอาหารที่เหมาะสม (ร้อยละ)	NA	๘๐	๘๐
๒. ร้านอาหาร/สถานที่จำหน่ายอาหาร มีเมนูชูสุขภาพอย่างน้อย ๑ เมนู	NA	๕๐	๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสมและมีทางเลือกในการบริโภคอาหาร ลด หวาน มัน เค็ม

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในระบบ “สาสุขอุ่นใจ” https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th

๒. ข้อมูลการประเมินรับรองเมนูชูสุขภาพหรือเมนูทางเลือกในร้านอาหาร จากระบบ food๔health สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมินและมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

B : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๕ อำเภอมีเมนูชูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์อำเภอๆ ละ ๑ เมนู* (เมนูใหม่)

๒. คำนิยาม

ร้านอาหาร หมายถึง ร้านที่ให้บริการอาหารตามความต้องการของลูกค้าเป็นอาคารที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม หรือ อาคารที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารสำเร็จและจำหน่ายให้ผู้สามารถบริโภคได้ทันที ซึ่งครอบคลุมถึงภัตตาคาร ห้องอาหารในโรงแรม ศูนย์อาหารหรือสวนอาหาร

ตำรับอาหาร หมายถึง รายการอาหารที่แสดงถึงองค์ประกอบหรือสัดส่วนของวัตถุดิบต่างๆ ตลอดจนกรรมวิธีและขั้นตอนในการประกอบอาหาร

อาหารเป็นยา หมายถึง อาหารที่มีผักผลไม้พื้นบ้าน และสมุนไพร ท้องถิ่นเป็นส่วนประกอบ ปลอดจากเชื้อโรค สารเคมีและสารพิษ มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณและสัดส่วนที่เหมาะสม มีส่วนช่วยในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน ลดความเสี่ยงในการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับประชาชนที่ต้องการดูแลสุขภาพ

เมนูชูสุขภาพ หมายถึง อาหารที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีที่กรมอนามัยแนะนำให้ผู้ประกอบการจัดทำอาหารสำหรับประชาชน ประกอบด้วย อาหาร ๔ ประเภท คือ ๑) ข้าวและกับข้าว/อาหารจานเดียว/อาหารตามสั่ง/อาหารประเภทเส้น ๒) ขนม ๓) เครื่องดื่ม ๔) ผลไม้ จะต้องมีพลังงานเหมาะสม มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในปริมาณที่เหมาะสมตามมาตรฐาน

เมนูอาหารอัตลักษณ์ หมายถึง เมนูที่บ่งบอกถึงอัตลักษณ์ท้องถิ่นหรือวิถีชีวิตที่มีสืบทอดต่อกันมาผ่านวัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของท้องถิ่นที่สอดคล้องกับลักษณะของมรดกภูมิปัญญาทางวัฒนธรรมของท้องถิ่น ประวัติความเป็นมา มีภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น และมีขั้นตอนการปรุงอาหารที่ชัดเจน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อำเภอมีเมนูชูสุขภาพแสดงอัตลักษณ์ อำเภอๆ ละ ๑ เมนู* (เมนูใหม่)	-	๑	๑

๔. วัตถุประสงค์

๑.เพื่อยกระดับ จังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
๒.เพื่อส่งเสริมให้เกิดเมนูประจำท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพด้วยการรับประทานอาหาร

๕. แหล่งข้อมูล

๑. แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

๒. เอกสารประกอบการดำเนินงานระดับอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

จำนวนเมนูอัตลักษณ์ประจำอำเภอที่ได้รับการคัดเลือกและรับรองอย่างเป็นทางการ (เมนู)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การพัฒนาและยกระดับเมนูอัตลักษณ์อย่างมีมาตรฐาน

๒. การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

๓. การสื่อสารและสร้างการรับรู้เชิงรุก

๔. การต่อยอดเชิงเศรษฐกิจและสร้างรายได้

๕. การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การส่งเสริมการใช้วัตถุดิบในพื้นที่ ลดต้นทุน และเพิ่มมูลค่าผลผลิตชุมชน

๒. การบูรณาการการทำงานร่วมกับ อปท. หน่วยงานสาธารณสุข พัฒนาชุมชน การศึกษา ภาคเอกชน และภาคประชาชน

๓. การสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์และออฟไลน์ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ งานเทศกาล งานประเพณี และกิจกรรมชุมชน

๔. การคัดเลือกเมนูอาหารที่สะท้อนอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรม วัตถุดิบท้องถิ่น และวิถีชีวิต ของคนในอำเภอ

๕. การเชื่อมโยงช่องทางการตลาด เช่น ตลาดชุมชน ตลาดออนไลน์ ร้านอาหารท้องถิ่น และงานแสดงสินค้า

๖. การติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๓-๔๙๓๙๒๘๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๓. ชื่อ-สกุล นายสุริยา ขันทชาติ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๔. ชื่อ-สกุล นางสาวศุภลักษณ์ ขุราษี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๔-๖๐๔๙๓๕๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๕. ชื่อ-สกุล นายณัฐดนัย ปัจจัยะโคถา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๙๕-๒๙๖๔๗๖๖ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๖ ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับคำแนะนำการนับคาร์บ และความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๒. คำนิยาม

๑. ประชากร หมายถึง ประชากรในจังหวัดมหาสารคามอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. การนับคาร์บ หมายถึง การวางแผนการกินคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมในมื้ออาหารของผู้ที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ซึ่งจะช่วยให้ทราบปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่กินในแต่ละมื้อโดยไม่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติและไม่ทำให้น้ำหนักเกิน

๓. อสม. ให้คำแนะนำ หมายถึง อสม. ได้มีการไปให้คำแนะนำเรื่องการบริโภคคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสมกับประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ในหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘

๔. ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การที่เราดูแลตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การลดหรือเลิกสิ่งที่บั่นทอนจิตใจ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	-	-	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ความรู้ประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ในการกินคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสม
๒. เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แอปพลิเคชัน “สมารท์ อสม.”
๒. เว็ป ๓ หมอรู้จักคุณ
๓. แอปพลิเคชัน NCD Care

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ได้รับความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

B : จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านศูนย์คนไทยห่างไกล NCD

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการส่งเสริม อสม.จังหวัดมหาสาคาม

๒. อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกดำเนินการเพื่อให้ความรู้ประชาชนอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ในการกินคาร์โบไฮเดรตที่เหมาะสม และส่งเสริมสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานฯ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๕๖๘ ๑๐๓๘ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นายชนะชน แสนแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๖๒๔๙ ๒๔๖๖ E-mail : eng-๕๐@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๗ ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นอย่างน้อย ๓ ใน ๔ รายการ

๒. คำนิยาม

๑. ประชากร หมายถึง ประชากรในจังหวัดมหาสารคามอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ครบ ๓ รายการ หมายถึง
๒.๑ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และคำนวณ BMI
๒.๒ วัดความดันโลหิต
๒.๓ วัดระดับน้ำตาลในเลือด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ครบ ๓ รายการ	-	-	๙๐

๔. วัตถุประสงค์
๑. เพื่อคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป
๒. เพื่อส่งเสริมสุขภาพประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล
๑. แอปพลิเคชัน “สมารท์ อสม.”
๒. เว็ป ๓ หมอรู้จักคุณ
๓. แอปพลิเคชัน NCD Care

๖. รายการข้อมูล
A : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ครบ ๓ รายการ
B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านศูนย์คนไทยห่างไกล NCD

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการส่งเสริม อสม.จังหวัดมหาสาคาม

๒. อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกดำเนินการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ครบ ๓ รายการ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานฯ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๕๖๘ ๑๐๓๘ E-mail :
๒. ชื่อ-สกุล นายชนะชน แสนแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๖๒๔๙ ๒๔๖๖ E-mail : eng-๕๐@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๘ การสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด

๒. คำนิยาม

อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด)

อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง

อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปแบบอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน เป็นต้น

อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่พบการปนเปื้อน

การสุ่มเก็บตัวอย่าง หมายถึง การสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารสดหรืออาหารแปรรูปในสถานที่จำหน่ายอาหาร ได้แก่ โรงครัวภายในโรงพยาบาล (พื้นฐาน), ร้านอาหาร, แผงลอย, ตลาดสด/ตลาดนัด, ร้านจำหน่ายอาหารสด เพื่อใช้ในการตรวจวิเคราะห์ความปลอดภัยด้านอาหาร (สารปนเปื้อนในอาหาร)

อาหารหรือวัตถุดิบในการสุ่มเก็บตัวอย่าง หมายถึง ประเภทหรือชนิดของอาหารที่สุ่มเก็บเพื่อตรวจวิเคราะห์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ (เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่) อาหารสด (ปลา หมึก กุ้ง หอย สไบนาง) ผัก/ผลไม้ทั่วไป และผัก/ผลไม้ดอง เนื้อแปรรูป (ไส้กรอก/ลูกชิ้น แหนม กุนเชียง หมูยอ) น้ำดื่มและน้ำแข็ง (ตู้กรอง ตู้หยอดเหรียญ) เครื่องปรุง (เกลือบริโภคไอโอดีน) น้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร และอาหารปรุงสำเร็จ (เมนูต่างๆ)

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ ในการควบคุมกำกับ

๑) ให้ผู้ประกอบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ด้วยการแนะนำผู้ประกอบการและตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหารที่จำหน่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ส่งตรวจรถตรวจสอบอาหารเคลื่อนที่ (Mobile Unit) หรือส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการตามข้อกฎหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูป

๒) ให้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เป้าหมาย การจัดให้มีตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลง ในผักและผลไม้ที่จัดซื้อในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงที่จำหน่ายในตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีแผนการส่งตรวจวิเคราะห์ยาฆ่าแมลงกลุ่มไกลโฟเสต (Glyphosate) หรือกลุ่มอื่นๆ ตามนโยบายกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละการสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารตามเป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปในจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการตรวจสอบและเฝ้าระวัง

๒. แนะนำให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการสำหรับผู้ประกอบการรายใหม่ หรือในกรณีที่ตรวจพบการปนเปื้อนในอาหารสดและอาหารแปรรูป

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานสถานการณ์เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยในอาหารสดและอาหารแปรรูป ในระดับประเทศหรือภูมิภาค โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

๒. สถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูป

๓. เรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภค

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปที่สุ่มเก็บตัวอย่าง

B : จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปที่เป็นเป้าหมายสุ่มเก็บตัวอย่าง

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. กำหนดเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปที่อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกสถานที่หรือประเภทผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป

๒. ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รถเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ ขอนแก่น รวมไปถึงหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์

๒. มีการเก็บตัวอย่างบรรลุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงานคบส. รายไตรมาสในระยะเวลาที่กำหนด

๓. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร ตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย

๓.๑ มีแผนและการจัดซื้อ ข้าว ไข่ ผัก ปลอดสารห้ามใช้ตามโครงการกำหนด

๓.๒ ตลาดสีเขียวของโรงพยาบาลมีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ และมีกระบวนการแก้ไขปัญหากรณีผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน

๓.๓ รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ตามรูปแบบและระยะเวลากำหนด

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายบารมี พลขันธ์ ตำแหน่ง : เภสัชกรปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๓๒๔๗๘๓ E-mail : tiaw๒๐๐๙๒@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๕๕๕๒๒๗ E-mail : lapasanoi@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๙ ตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด)

อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง

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

อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่พบการปนเปื้อน

อาหารหรือวัตถุดิบในการสุ่มเก็บตัวอย่าง หมายถึง ประเภทหรือชนิดของอาหารที่สุ่มเก็บเพื่อตรวจวิเคราะห์ ได้แก่ เนื้อสัตว์ (เนื้อหมู เนื้อวัว เนื้อไก่) อาหารสด (ปลา หมึก กุ้ง หอย สไบนาง) ผัก/ผลไม้ทั่วไป และผัก/ผลไม้ดอง เนื้อแปรรูป (ไส้กรอก/ลูกชิ้น แหนม กุนเชียง หมูยอ) น้ำดื่มและน้ำแข็ง (ตู้กรอง ตู้หยอดเหรียญ) เครื่องปรุง (เกลือบริโภคไอโอดีน) น้ำมันที่ใช้ทอดอาหาร และอาหารปรุงสำเร็จ (เมนูต่างๆ)

การทดสอบตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อน หมายถึง การนำตัวอาหารที่สุ่มเก็บ ไปตรวจวิเคราะห์หาสารปนเปื้อนในอาหาร โดยใช้ชุดทดสอบอย่างง่าย ส่งตรวจรถอาหารเคลื่อนที่ (Mobile Unit) หรือส่งตรวจวิเคราะห์ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ แยกเป็นประเภทต่างๆ ได้แก่ ยาฆ่าแมลง สารกันรา สารเร่งเนื้อแดง ฟอร์มาลีน เกลือไอโอดีน สารบอแรกซ์ น้ำมันทอดซ้ำ สารฟอกขาว ชุดกรวดน้ำดื่มกรมวิทย์ฯ ชุดตรวจโคลิฟอร์มชนิด SI๒

ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และเครือข่ายบริการ ในการควบคุมกำกับ

๑) ให้ผู้ประกอบการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ด้วยการแนะนำผู้ประกอบการและตรวจสอบเฝ้าระวังคุณภาพอาหารที่จำหน่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ส่งตรวจรถตรวจสอบอาหารเคลื่อนที่ (Mobile Unit) หรือส่งตรวจวิเคราะห์

ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และดำเนินการตามข้อกฎหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยของอาหารสดและอาหารแปรรูป

๒) ให้โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เป้าหมาย การจัดให้มีตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลง ในผักและผลไม้ที่จัดซื้อในการประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงที่จำหน่ายในตลาดสีเขียวของโรงพยาบาล มีแผนการส่งตรวจวิเคราะห์ยาฆ่าแมลงกลุ่มไกลโฟเสต (Glyphosate) หรือกลุ่มอื่นๆ ตามนโยบายกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปในจังหวัดมหาสารคาม มีความปลอดภัย ปราศจากสารห้ามใช้หรือสารปนเปื้อน

๒. แนะนำให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการสำหรับผู้ประกอบการรายใหม่ หรือในกรณีที่ตรวจพบการปนเปื้อนในอาหารสดและอาหารแปรรูป

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานสถานการณ์เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยในอาหารสดและอาหารแปรรูป ในระดับประเทศหรือภูมิภาค โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)

๒. สถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูป

๓. เรื่องร้องเรียนจากผู้บริโภค

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปที่ไม่พบการปนเปื้อน

B : จำนวนอาหารสดและอาหารแปรรูปที่สุ่มเก็บตัวอย่างทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. กำหนดเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปที่อาจมีความเสี่ยงต่อสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกสถานที่หรือประเภทผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูป

๒. ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล รถเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๗ ขอนแก่น รวมไปถึงหน่วยงานท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานภายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำแผนและเป้าหมายการเก็บตัวอย่างอาหารสดและอาหารแปรรูปส่งตรวจวิเคราะห์

๒. มีการเก็บตัวอย่างบรรลุเป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด และรายงานผลการดำเนินงานคบส. รายไตรมาสในระยะเวลาที่กำหนด

๓. มีการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยของอาหาร ตามเป้าหมายโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ประกอบด้วย

๓.๑ มีแผนและการจัดซื้อ ข้าว ไข่ ผัก ปลอดสารห้ามใช้ตามโครงการกำหนด

๓.๒ ตลาดสีเขียวของโรงพยาบาลมีการตรวจเฝ้าระวังยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ และมีกระบวนการแก้ไขปัญหากรณีผลวิเคราะห์ไม่ผ่านมาตรฐาน

๓.๓ รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ตามรูปแบบและระยะเวลากำหนด

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายบารมี พลขันธ์ ตำแหน่ง : เภสัชกรปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๖๓๒๔๗๘๓ E-mail : tiaw๒๐๐๙๒@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ ตำแหน่ง : เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๔๕๕๕๒๒๗ E-mail : lapasanoi@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคาม สุขภาพดี ด้วยอาหาร
ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑๐ การเฝ้าระวังการระบาดของโรคอาหารเป็นพิษในร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN
๒. คำนิยาม

การเฝ้าระวังโรค (Case definition for surveillance) เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical criteria) ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก อย่างน้อย ๑ ครั้ง ภายใน ๒๔ ชั่วโมง หรือถ่ายเหลวอย่างน้อย ๓ ครั้ง ภายใน ๒๔ ชั่วโมง อาจมีอาเจียน เป็นตะคริว หรืออาการขาดน้ำอย่างรุนแรงถึงช็อก หรือเสียชีวิต จากอุจจาระร่วง เฉียบพลัน

๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory criteria)

๑.๑ การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไป (Presumptive diagnosis) - วิธีส่องกล้องจุลทรรศน์ชนิด Dark-field หรือ Phase contrast microscope พบ ลักษณะของเชื้อ Vibrio cholerae เคลื่อนไหวอย่างรวดเร็วแบบดาวตก/ผีพุ่งใต้ (Shooting star) และหากหยด Antiserum จำเพาะต่อเชื้อ Vibrio cholera O๑ antiserum/ และ Vibrio cholera O๑๓๙ antiserum เชื้อจะหยุดเคลื่อนที่

- วิธีการตรวจโดยใช้ชุดทดสอบ Dipstick test ตรวจพบแอนติเจนของเชื้อ Vibrio cholerae O๑ และ O๑๓๙
- วิธีเพาะแยกเชื้อพบเชื้อ Vibrio cholerae โดยยังไม่ได้ระบุสายพันธุ์
- Rapid test ผล positive for Cholera Antigen O๑/O๑๓๙

๑.๒ การตรวจทางห้องปฏิบัติการจำเพาะ (Specific diagnosis)

- การตรวจหาเชื้อ/แอนติเจน/สารพันธุกรรมของเชื้อ (Pathogen identification)
- เทคนิคการเพาะแยกเชื้อ ทดสอบคุณสมบัติทางชีวเคมี และทดสอบทางซีรั่มวิทยา จากตัวอย่างอุจจาระ (Stool หรือ Rectal swab) ตัวอย่างที่ป้ายจากมือ หรืออุปกรณ์ต่าง ๆ หรือตัวอย่าง จากสิ่งแวดล้อม พบเชื้อ Vibrio cholerae O๑ หรือ O๑๓๙
- เทคนิคทางอณูชีววิทยา (Molecular approach) เช่น วิธี Polymerase chain reaction (PCR), Real-time PCR เป็นต้น จากตัวอย่างอุจจาระ หรือ Rectal swab ตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ Vibrio cholerae และยีนส่วนที่สร้างสารพิษ (Enterotoxin gene: cholera toxin gene)

๑.๓ ประเภทผู้ป่วย (Case classification)

๑) ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก

๒) ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

๒.๑) ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีประวัติรับประทานอาหารหรือสัมผัสกับอุจจาระ ของผู้ป่วยยันยัน หรือมีผลบวกทางห้องปฏิบัติการทั่วไป

๒.๒) ผู้ที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) และที่มีผลบวกทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อ Vibrio cholerae โดยยังไม่ได้ระบุสายพันธุ์หรือ ผล rapid test positive for Cholera Antigen O๑/O๑๓๙

๒. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าตามนิยามข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

๒.๑ ผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และมีผลบวกทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

๒.๒ ผู้ที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic) และมีผลบวกทางห้องปฏิบัติการจำเพาะข้อใดข้อหนึ่ง

๓. เกณฑ์การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค (Reporting criteria)

๓.๑ ให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยยืนยันทั้งที่มารับบริการที่สถานบริการและค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน (Active case finding) ในระบบเฝ้าระวังโรค (รง. ๕๐๖) รหัสโรค ๐๑ ด้วยรหัส ICD-๑๐: A๐๐.๐-๔๐๐.๑, A๐๐.๙ จำแนก รหัส Organism type ดังนี้ ๑. Vibrio cholerae O๑ Inaba ๒. Vibrio cholerae O๑ Ogawa ๓. Vibrio cholerae O๑ Hikojima ๔. Vibrio cholerae O๑๓๙ ๕. Vibrio cholerae other or unspecified

๓.๒ กรณีผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการของอหิวาตกโรค ให้รายงานจำแนกรหัส Complication type ดังนี้ ๑. Asymptomatic infection

๓.๓ กรณีเป็นผู้ป่วยค้นหาเพิ่มเติมในชุมชน (Active case finding) ให้ระบุสถานที่รักษาเป็นรักษาที่ บ้าน และประเภทผู้ป่วยระบุเป็นจากการค้นหาในชุมชน

๓.๔ ให้รายงานผู้ป่วยจากการสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย และการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในระบบเฝ้าระวัง เหตุการณ์(Event-based Surveillance System)

๔. การสอบสวนโรค

๔.๑ การสอบสวนการระบาด (Outbreak investigation) กรณีพบผู้ป่วยยืนยันทุกรายเพื่อยืนยัน การระบาดหาเชื้อก่อโรค การตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ และแหล่งแพร่โรค โดยให้ดำเนินการตามเงื่อนไข การออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (Joint Investigation Team: JIT) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ฉบับปรับปรุง ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

เงื่อนไขการออกสอบสวนโรคของทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (ฉบับปรับปรุง ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๗)
ระดับอำเภอ ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบเชื้อ Vibrio cholerae ระดับจังหวัด ผู้ป่วยยืนยันทุกราย

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยยืนยัน หมายถึง ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อ V.cholerae O๑ หรือ O๑๓๙ (ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก WHO)
- กรณีตรวจพบเชื้อ V.cholerae ให้ดำเนินการตรวจ Serogroup และกรณีตรวจพบเชื้อ serogroup O๑ สามารถดำเนินการตรวจ Serotype ต่อไป
- กรณีตรวจพบเชื้อ V.cholerae serogroup non O๑ หรือ Non O๑๓๙ ให้ดำเนินการสอบสวนโรคตามเกณฑ์ โรคอุจจาระร่วง

๔.๒ แนวทางการสอบสวนโรค

๔.๒.๑) เมื่อพบผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อ Vibrio cholerae ที่ยังไม่ได้ระบุสายพันธุ์ ให้ดำเนินการสอบสวนโรค

- ดำเนินการสัมภาษณ์ข้อมูลทางอาการ ได้แก่ วันเริ่มป่วย (รวมทั้งเวลาที่เริ่มป่วยถ้าเป็นไปได้) อาการแสดง ลักษณะอุจจาระถ่ายเป็นน้ำแล้วมีเนื้อปน ถ่ายเหลว ถ่ายวันละกี่ครั้ง อาเจียน

ปวดท้อง ร่วมถึงมี อาการขาดน้ำหรือไม่ (กระสับกระส่าย เบ้าตาลึกโหลชีพจรเต้นเร็ว กระหายน้ำรุนแรง ผิวหนังขาดน้ำรุนแรง หยิบผิวหนังขึ้นมาแล้วคืนตัวช้า) และมีอาการคล้ายจะช็อคหรือไม่ เช่น เหงื่อแตก ตัวเย็น ไม่รู้สึกตัว มือจีบ

- ดำเนินการสัมภาษณ์ประวัติการรับประทานอาหารย้อนหลัง ๕ วันก่อนผู้ป่วยมีอาการ เพื่อหาแหล่งโรค ทั้งอาหารเสี่ยง (อาหารเสี่ยงมักเป็นอาหารที่ไม่ได้ปรุงสุก ร้อน หรือ อาหารค้างมื้อ**) ผู้ร่วมรับประทาน และผู้ปรุงประกอบอาหาร

- ดำเนินการเก็บตัวอย่าง fresh stool บรรจุในกระป๋องหรือขวดที่แห้งและผ่านการฆ่าเชื้อ แล้วส่งถึงห้องปฏิบัติการภายใน ๑๒ ชั่วโมง ที่อุณหภูมิไม่เกิน ๔ องศาเซลเซียส หรือ Rectal swab ด้วย cary- blair ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน ๒๔ ชั่วโมง ที่อุณหภูมิห้อง* เพื่อยืนยันเชื้อVibrio cholerae O๑ หรือ O๑๓๙

- ดำเนินการเก็บตัวอย่างอาหารเสี่ยงที่สงสัยตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระดับ เกณฑ์การออกสอบสวน ระยะเวลา ระดับอำเภอ - ผู้ป่วยทุกรายที่ตรวจพบเชื้อ Vibrio cholerae ลงสอบสวนภายใน ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง หลังรับแจ้ง ระดับจังหวัด - ผู้ป่วยยืนยันทุกราย

๔.๒.๒) เมื่อพบผู้ป่วยยืนยัน ดำเนินการควบคุมโรค

- ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้ปรุงประกอบอาหารเสี่ยงเกี่ยวกับข้อมูลที่มาของวัตถุดิบ วิธีเตรียมการ วิธีปรุงประกอบ สำรวจสถานที่ปรุงประกอบ วิธีการแจกจำหน่าย รวมถึงประวัติอาการของผู้ปรุงประกอบ พร้อมทั้งเก็บตัวอย่าง fresh stool หรือ Rectal swab ด้วย cary blair ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ยาปฏิชีวนะในผู้สัมผัสที่มีอาการอุจาระร่วง

- ดำเนินการค้นหาผู้สัมผัสร่วมมื้ออาหาร ดำเนินการเก็บตัวอย่าง fresh stool หรือ Rectal swab ด้วย cary blair ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตามที่ระบุในข้อ ๔.๒.๑) และให้ยาปฏิชีวนะในผู้สัมผัสที่มี อาการอุจาระร่วง

- ดำเนินการตรวจสอบคลอรีนในน้ำประปา หรือแหล่งน้ำใช้ในบ้านผู้ป่วย ในกรณีที่ไม่พบ คลอรีนตกค้าง หรือพบต่ำกว่า ๐.๕ ppm ให้ประสานประปาในพื้นที่นั้นๆ ให้เพิ่มระดับคลอรีนจนกว่าจะ ตรวจวัดแล้วพบคลอรีนตกค้างระหว่าง ๐.๕ - ๑ ppm (ซึ่งเป็นระดับที่ใช้ในช่วงที่มีการระบาด)

- ราด Lysol ทำลายเชื้อบริเวณที่ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ โดยเฉพาะในส้วม แต่ไม่ให้ราดลงคอ ห่านเพราะน้ำยาจะไปทำให้เชื้อในถังเกรอะของส้วมตาย จะเกิดปัญหาเรื่องการย่อยสลายในถังเกรอะทำให้ ส้วมราดไม่ลง

- ให้สุขศึกษาทั้งชุมชน เช่น หมู่บ้าน หรือบริเวณหอพัก (ในกรณีที่เป็นชุมชนเมือง) ที่มีการ ไปมาหาสู่กันถึงแม้ว่าจะเจอผู้ป่วยแค่รายเดียวในชุมชนนั้นๆ โดยเน้นให้กินอาหารที่สุกร้อน งดกินอาหารที่ค้าง มื้อ เช่น น้ำพริก ปลาทอด หากกินซ้ำให้อุ่นให้ร้อนก่อนกิน งดอาหารประเภทลาบดิบ ยำต่างๆ และกะทิสดที่ ราดขนมหวานในช่วงที่มีการระบาด ให้ล้างมือด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนทำอาหารและก่อนกิน และให้ พยายามถ่ายลงส้วม

- ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมในชุมชน และสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับแหล่งโรค

โดยค้นหา ผู้ป่วยที่มีอาการถ่ายเป็นน้ำแล้วมีเนื้อปนอย่างน้อย ๑ ครั้ง หรือ ถ่ายเหลวมากกว่า ๓ ครั้งขึ้นไป ให้ดำเนินการ สัมภาษณ์ และเก็บตัวอย่างเสมือนผู้ป่วยสงสัย

- ดำเนินการควบคุมโรคตามแนวทางปฏิบัติ WASH ของ องค์การอนามัยโลก ตามมาตรการ ของกองโรคติดต่อทั่วไป (รายละเอียดตาม QR code)

- กรณีที่มีการระบาดหลายรายต้องมีการเปิด EOC ในพื้นที่ เช่น ระดับอำเภอ และต้องมีการประชุมสม่ำเสมอเพื่อเอาข้อมูลจากการสอบสวนโรคมาช่วยในการควบคุมป้องกันโรค หมายเหตุ

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการดูรายละเอียดตามหัวข้อการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- เนื่องจากปริมาณเชื้อที่จะก่อให้เกิดอาการต้องมีปริมาณที่มากถึง ๑๐ ๖ - ๑๐ ๑๑ ตัว (หนึ่งล้านถึง แสนล้านตัว) ซึ่งน่าจะไม่มีโอกาสเกิดได้ง่ายๆ แต่มีปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือเชื้อแบ่งตัวได้เร็ว ทุก ๑๕ นาที และถ้า เชื้อตกลงไปในอาหารที่เหมาะสมแล้วตั้งทิ้งไว้เพียงไม่กี่ชั่วโมงก็มีปริมาณมากพอที่จะทำให้ป่วยได้

- ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค ควรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองส่วนบุคคล (PPE) ที่เหมาะสมกับโรคระหว่างดำเนินการได้แก่ ถุงมือ และ/หรือกาวน์ ระหว่างเก็บตัวอย่าง หน้ากากอนามัย ถุงมือ กันสารเคมี ระหว่างผสมคลอรีนเพื่อทำลายเชื้อ และเน้นการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์เจล ทุกครั้งหลัง สัมผัสผู้ป่วย อาหาร น้ำ ที่เสี่ยง พร้อมทั้งหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไม่ปรุงสุกร้อน น้ำดื่มที่ไม่ได้อยู่ใน ภาชนะปิด หรือน้ำแข็งในพื้นที่เสี่ยง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละอำเภอที่มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสูงมีการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำร่วมกับเครือข่าย และมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคอาหารและน้ำ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานเฝ้าระวังฯ DDS

๖. รายการข้อมูล

๑. แบบสรุปผลการประเมินมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับอำเภอ

๒. ทะเบียนรับแจ้งข่าว/ทะเบียนเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๓. คำสั่งแต่งตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทำเนียบผู้ปฏิบัติงานและผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ระดับอำเภอ

๔. แผนงานโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๕. รายงานเหตุการณ์สำคัญเบื้องต้น (Spot report) ระดับอำเภอ

๖. เกณฑ์การออกสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

๗. ทะเบียนวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นในการสอบสวน ควบคุมโรค

๘. รายงานสอบสวนโรคที่มีคุณภาพระดับอำเภอ ได้แก่ รายงานสอบสวนเบื้องต้น (Preliminary Report) ,รายงานการสอบสวนฉบับสมบูรณ์ (Full Report)

๙. รายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอรายเดือน (Onepage)

๑๐. หลักฐานเอกสาร/ภาพถ่ายที่แสดงถึงการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากำลังคนด้านระบาดวิทยา

๒. พัฒนาระบบการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Sunveillance: DDS) และการรายงานเหตุการณ์ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance)

๓. พัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระดับจังหวัด (SAT & JIT) และระดับอำเภอ (SRRT)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ทบทวนคณะทำงาน/คำสั่งผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ด้านระบาดวิทยา การสอบสวนและการควบคุมโรค พัฒนาศักยภาพบุคคลากรด้านงานวิชาการระบาดวิทยา

๒. ชี้แจงแนวทางการรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (Digital Disease Sunveillance: DDS) และการรายงานเหตุการณ์ในระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base surveillance) ติดตามการรายงานเหตุการณ์ที่เข้าเกณฑ์ตรวจสอบข่าวการระบาด และการตรวจจับการระบาดและติดตามประเมินผลเป็นระยะ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๒๑๙๑๒๗๗ E-mail : Sooksun๗๙@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นายฐิติชัย ไชยคำภา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๔๒๕๔๖ E-mail : titichai๒๙@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยออกกำลังกาย
ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๑ ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ (๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๔ ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่านก้าวท้าใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๖ หน่วยงานสาธารณสุข เป็นองค์กรสุขภาพดีไร้พุง ร้อยละ ๕๐

๒. คำนิยาม

๑. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ได้แก่ ๑. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ๒. พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออกแรง ๓. พฤติกรรมการนอนหลับ ๔. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ หมายถึง การมีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพิ่มขึ้นจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติทั้งในการทำงาน การเดินทาง หรือในเวลาว่าง โดยมีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที หรือ ๓๐ นาทีต่อวัน จำนวนอย่างน้อย ๓-๕ วันต่อสัปดาห์

๓. ก้าวท้าใจ หมายถึง แอปพลิเคชันแพลตฟอร์ม “ก้าวท้าใจ” ที่ใช้ในการบันทึกการออกกำลังกายและสามารถสะสมเป็นแต้มได้ และเป็นสื่อที่โน้มน้าวชักจูงใจคนไทยให้มีกิจกรรมทางกาย ลดเนือยนิ่ง หรือให้มี Activity ตลอดเวลา อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที โดยกิจกรรมที่ส่งผลเพื่อสะสมแต้มได้มีประมาณ ๒๑ กิจกรรม เช่น เดินวิ่ง ปั่นจักรยาน แอโรบิค คีตะมวยไทย เวทเทรนนิ่ง ว่ายน้ำ ฟุตบอล เป็นต้น โดยการบันทึกข้อมูล การเดินวิ่ง ก็จะให้ส่งข้อมูลระยะทาง และระยะเวลาที่ออกำลังและสะสมเป็นคะแนน โดย๑๐๐ แคลอรีจะได้ ๑ แต้มสุขภาพ

๔. องค์กรสุขภาพดี องค์กรไร้พุง (Healthy Organization) หมายถึง องค์กรที่ใส่ใจสุขภาพบุคลากรอย่างเป็นระบบ โดยมีการส่งเสริมความรู้และสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง (ไขมันสะสมในช่องท้อง) และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้านโภชนาการและการออกกำลังกายอย่างยั่งยืน เพื่อให้พนักงานมีสุขภาพแข็งแรง ลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีความสุขในการทำงาน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	NA	๘๐	๘๐
๒. ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่านก้าวท้าใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	NA	๓๐	๓๐
๓. หน่วยงานสาธารณสุข เป็นองค์กรสุขภาพดีไร้พุง ร้อยละ ๕๐	NA	NA	๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เป็นให้มีสุขภาดี ไร้พุง ลดเสี่ยง NCDs

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

๒. ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่านก้าวท้าใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๓. ประเมินผ่านระบบ โปรแกรม สาสุข อุ่นใจ

๔. ข้อมูลการส่งผลออกกำลังกายผ่านแอปพลิเคชั่น ก้าวท้าใจ

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัด ๑๑.๑ ประชาชนคนมหาสารคามมีการออกกำลังกายเป็นประจำ(๑๕๐ นาที/สัปดาห์ หรือ ๓-๕ วันต่อสัปดาห์) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

A๑ : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมิน

A๒ : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมินและมีพฤติกรรมออกกำลังกายที่พึงประสงค์

B : จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป

สูตรคำนวณ (A๒/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัด ๑๕.๔ ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ส่งผลออกกำลังกายผ่านก้าวท้าใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

A : ประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม ที่ส่งผลออกกำลังกายผ่านแอปพลิเคชั่น ก้าวท้าใจ

B : จำนวนประชาชนอายุ ๑๙-๕๙ ปี ในจังหวัดมหาสารคาม

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

ตัวชี้วัด ๑๕.๖ หน่วยงานสาธารณสุข เป็นองค์กรสุขภาพดีไร้พุง ร้อยละ ๕๐

A : หน่วยงานสาธารณสุขในสังกัด สธ.ที่จัดกิจกรรมองค์กรไร้พุง

B : หน่วยงานสาธารณสุขในสังกัด สธ.ทุกแห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยออกกำลังกาย
ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๒ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง และมีภาวะ BMI เกิน มีค่าน้ำหนักตัวลดลง หรือไม่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำการนับคาร์บและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างน้อย ๓ เดือน
๒. คำนิยาม

๑. ประชากร หมายถึง ประชากรในจังหวัดมหาสารคามอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. การคัดกรอง และมีภาวะ BMI เกิน หมายถึง ตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสภาวะของร่างกายว่า มีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อระบุผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในผู้ใหญ่
ค่า BMI คำนวณจาก ค่าของน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง ๒ และแสดงในหน่วย กก./ม^{๒}

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^{๒}}$$

โดยสามารถแปลผลค่า BMI ได้ดังนี้

ค่า BMI < ๑๘.๕	แสดงถึง	อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม
ค่า BMI ๑๘.๕ – ๒๒.๙๐	แสดงถึง	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่า BMI ๒๓ – ๒๔.๙๐	แสดงถึง	น้ำหนักเกิน
ค่า BMI ๒๕ – ๒๙.๙๐	แสดงถึง	โรคอ้วนระดับที่ ๑
ค่า BMI ๓๐ ขึ้นไป	แสดงถึง	โรคอ้วนระดับที่ ๒

๓. ค่ารอบเอว หมายถึง ค่าปกติของเส้นรอบเอวสำหรับผู้หญิง ไม่ควรเกิน ๘๐ เซนติเมตร หรือ ๓๒ นิ้ว ค่าปกติของเส้นรอบเอวสำหรับผู้ชาย ไม่ควรเกิน ๙๐ เซนติเมตร หรือ ๓๖ นิ้ว

๔. การนับคาร์บ หมายถึง การวางแผนการกินคาร์โบไฮเดรตในมื้ออาหารของผู้เป็นเบาหวาน, กลุ่มผู้ป่วย NCD, ผู้ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป หรือผู้ที่จำเป็นต้องนับคาร์บ เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งจะช่วยให้ทราบปริมาณคาร์โบไฮเดรตที่กินในแต่ละมื้อโดยไม่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงเกินปกติและไม่ทำให้น้ำหนักเกิน

๕. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การที่เราดูแลตัวเอง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การลดหรือเลิกสิ่งที่บั่นทอนจิตใจ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ประชาชน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและมีภาวะ BMI เกิน มีค่าน้ำหนักตัวลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำการนับคารบ์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย ๓ เดือน	-	-	๓๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป
๒. เพื่อประเมินค่า BMI ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป
๓. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แอปพลิเคชัน “สมารท์ อสม.”
๒. เว็ป ๓ หมอรู้จักคุณ
๓. แอปพลิเคชัน NCD Care

๖. รายการข้อมูล

A : ประชาชน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่น้ำหนักตัวลดลง หรือไม่เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ๓ เดือน
B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง ทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านศูนย์คนไทยห่างไกล NCD

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการส่งเสริม อสม.จังหวัดมหาสาคาม
๒. อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกดำเนินการคัดกรองประชาชน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานฯ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๕๖๘ ๑๐๓๘ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นายชนะชน แสนแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๖๒๔๙ ๒๔๖๖ E-mail : eng-๕๐@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยออกกำลังกาย
ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๓ ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีภาวะ BMI มากกว่า ๒๓ ขึ้นไป น้ำหนักตัวลดลงอย่างน้อย ๑.๕ กิโลกรัม ภายใน ๓ เดือน
๒. คำนิยาม

๑. ประชากร หมายถึง ประชากรในจังหวัดมหาสารคามอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. การคัดกรอง และมีภาวะ BMI เกิน หมายถึง ตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสภาวะของร่างกายว่า มีความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่ สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อระบุผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในผู้ใหญ่ ค่า BMI คำนวณจาก ค่าของน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร ยกกำลัง ๒ และแสดงในหน่วย กก./ม^{๒}

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^{๒}}$$

โดยสามารถแปลผลค่า BMI ได้ดังนี้

ค่า BMI < ๑๘.๕	แสดงถึง	อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม
ค่า BMI ๑๘.๕ – ๒๒.๙๐	แสดงถึง	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่า BMI ๒๓ – ๒๔.๙๐	แสดงถึง	น้ำหนักเกิน
ค่า BMI ๒๕ – ๒๙.๙๐	แสดงถึง	โรคอ้วนระดับที่ ๑
ค่า BMI ๓๐ ขึ้นไป	แสดงถึง	โรคอ้วนระดับที่ ๒

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ประชาชน อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๓ กก./ตรม. สามารถลดน้ำหนักได้ ๑.๕ กิโลกรัม ภายใน ๓ เดือน	-	-	๓๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อคัดกรองสุขภาพของประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป

๒. เพื่อประเมินค่า BMI ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป

๓. เพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในจังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แอปพลิเคชัน “สมารท์ อสม.”

๒. เว็ป ๓ หมอรู้จักคุณ

๓. แอปพลิเคชัน NCD Care

๖. รายการข้อมูล

A : ประชาชน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๓ กก./ตรม. สามารถลดน้ำหนักได้ ๑.๕ กิโลกรัม ภายใน ๓ เดือน x ๑๐๐

B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๓ กก./ตรม. ทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านศูนย์คนไทยห่างไกล NCD

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการส่งเสริม อสม.จังหวัดมหาสาคาม

๒. อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกดำเนินการคัดกรองประชาชน อายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานฯ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๕๖๘ ๑๐๓๘ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นายชนะชน แสนแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๖๒๔๙ ๒๔๖๖ E-mail : eng-๕๐@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยอารมณ์ดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี /อารมณ์ดี (ST๕)
ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q)

๒. คำนิยาม

อารมณ์ดี คือ ภาวะอารมณ์ดีซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการไม่มีภาวะเครียด ซึ่งการประเมินภาวะเครียดเบื้องต้นนั้น คือ การใช้แบบประเมินภาวะเครียด หรือ ST๕ (Stress Test – ๕ Items) ซึ่งเป็นแบบสอบถามสั้น ๕ ข้อ พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ใช้คัดกรองความเครียดเบื้องต้นใน ๒-๔ สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยถามเกี่ยวกับปัญหาการนอน, สมาธิ, อารมณ์หงุดหงิด, ความเบื่อหน่าย และความไม่อยากพบผู้คน ให้คะแนน ๐-๓ และแปลผลตามคะแนนรวมเพื่อดูระดับความเครียด (น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด) เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไป โดยประชาชนทั่วไปสามารถเข้าสู่การประเมินได้ด้วยตนเองผ่าน Website ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ชื่อ Mental Health Check in หรือ ตรวจสุขภาพใจ : https://checkin.dmh.go.th/ เพื่อตรวจสุขภาพใจ หรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและประเมินภาวะเครียดกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือรับบริการประเมินภาวะเครียดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในหมู่บ้านได้ เช่น การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำปี (ซึ่งมีแบบประเมินภาวะเครียด หรือ ST๕ ด้วย) หรือแม้แต่กลุ่มหญิงฝากครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/โรงพยาบาลใกล้บ้านก็จะได้รับการประเมินภาวะเครียด หรือ ST๕ อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี เป็นต้น

ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การ อนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD – ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems-๑๐)หมวด F๓๒, F๓๓ ,F๓๔.๑, F๓๘ และ F๓๙ หรือ เทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์ อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders V) ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ซึ่งสามารถใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q) ได้ โดยชุดแบบทดสอบมี ๒ ส่วนที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยเริ่มจาก ๒ คำถาม (๒Q) เพื่อคัดกรองความเสี่ยงเบื้องต้น และหากมีอาการผิดปกติจึงไปประเมินต่อด้วย ๙ คำถาม (๙Q) เพื่อวัดระดับความรุนแรงของอาการ เช่น เบื่อหน่าย ไม่สนใจทำอะไร, ซึมเศร้า ท้อแท้, นอนไม่หลับ, เหนื่อยง่าย, สมาธิไม่ดี และคิดทำร้ายตัวเอง ซึ่งมาจากกรมสุขภาพจิตและใช้เป็นเครื่องมือประเมินตนเองเบื้องต้น ก่อนส่งต่อไปประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ วิธีการเข้าถึงแบบประเมินดังกล่าวได้ด้วยตนเอง คือ Website ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ชื่อ Mental Health

Check in หรือ ตรวจสุขภาพใจ : https://checkin.dmh.go.th/ เพื่อตรวจสุขภาพใจ หรือเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและประเมินภาวะเครียดกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือรับบริการประเมินภาวะเครียดกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในหมู่บ้านได้ เช่น การตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประจำปี (ซึ่งมีแบบประเมินภาวะเครียดหรือ ST๕ ด้วย) หรือแม้แต่กลุ่มหญิงฝากครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล/โรงพยาบาลใกล้บ้านก็จะได้รับการประเมินภาวะเครียด หรือ ST๕ อย่างน้อย ๑ ครั้งต่อปี เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
๑๒.๑ ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี /อารมณ์ดี (ST๕)	-	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๘
๑๒.๒ ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q)	-	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๘

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน

๒. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันภาวะเครียดและซึมเศร้าของประชาชน และนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. การประเมินภาวะเครียด (ST๕) นำข้อมูลมาจากข้อมูลระดับทุติยภูมิจาก Website Mental Health Check in ของกรมสุขภาพจิต คือ Website: https://checkin.dmh.go.th/

๒. ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม

๓. ร้อยละผลการประเมินภาวะเครียดในระดับ น้อย, ปานกลาง, มาก, มากที่สุด จาก Website ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ชื่อ Mental Health Check in แยกรายอำเภอ

๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จากหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ ประชาชนมหาสารคามมีภาวะสุขภาพจิตดี /อารมณ์ดี (ST๕)

A : จำนวนประชาชน ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่เข้าทำการประเมินภาวะเครียด) - (จำนวนประชาชน ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่มีผลการประเมินความเครียด ระดับปานกลาง-มาก) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

B : จำนวนประชาชน ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่เข้าทำการประเมินภาวะเครียด ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ ประชาชนมหาสารคามไม่มีภาวะซึมเศร้า (๒Q ๙Q)

A : (จำนวนประชาชน ๑๕ ปี ขึ้นไป จากฐานทะเบียนราษฎร์) - (ผู้ป่วย อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า จากหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

B : จำนวนประชาชน ๑๕ ปี ขึ้นไป จากฐานทะเบียนราษฎร์

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐

หมายเหตุ ไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๘ สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๙ ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริมและป้องกัน เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต

๒. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวช

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงการประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองให้กับประชาชน และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

๒. เพิ่มพูนศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นผู้นำในการประเมินสุขภาพจิตในชุมชน

๓. คืนข้อมูลทุกไตรมาส และติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓ ๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster@gmail.com
๒. ชื่อ-สกุล นายวิศักดิ์ ธีระผจญ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล
โทรศัพท์ ๐๙๘-๘๖๐๘๖๐๘ E-mail :

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการไม่สูบบุหรี่
ตัวชี้วัดที่ ๑๓.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่*

๒. คำนิยาม

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบยาสูบภายในรอบ ๑๒ เดือน ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

ผลิตภัณฑ์ยาสูบ หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคเทียนา ทาแบกกุ้ม (Nicotiana tabacum) และให้หมายความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นใดที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่า หรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
ร้อยละการคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบในกลุ่มเยาวชน
๒. เพื่อลดนักสูบ นักเสพหน้าใหม่

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ ๑๓.๑ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๘๕

A : จำนวนผู้ไม่สูบบุหรี่ ประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป

B : จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๙ ในหน่วยบริการนั้นๆ

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

ร้อยละการคัดกรองผู้สูบยาสูบของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)

A : จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๙ ที่ได้รับการคัดกรอง

B : จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๙ ในหน่วยบริการนั้นๆ

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า เน้นป้องกันเด็ก เยาวชน ประชาชนทุกคน ไม่ให้ได้รับพิษภัยจากผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ ได้แก่

๑. การพัฒนาและจัดการองค์ความรู้

๒. การสร้างความตระหนัก/รับรู้โทษ พิษภัยบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า แก่เด็ก เยาวชน รวมถึงสาธารณชน

๓. การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

๔. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า

๕. การยืนยันนโยบายและมาตรการป้องกันและปราบปรามการแพร่ระบาดของบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าและร่วมบูรณาการงานโรงเรียนปลอดบุหรี่ร่วมกับศึกษาธิการ ยกระดับโรงเรียนปลอดบุหรี่ให้ผ่านเกณฑ์โรงเรียนปลอดบุหรี่ระดับจังหวัด ตาม ๗ มาตราการสถานศึกษาปลอดบุหรี่

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมยาสูบระดับจังหวัด

๒. เฝ้าระวัง ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมายและสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในพื้นที่

๓. ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และสร้างความตระหนักรู้โทษพิษภัยของผลิตภัณฑ์ยาสูบ

๔. บำบัดรักษาผู้เสพติดยาสูบ

๕. สร้างมาตรการชุมชนปลอดบุหรี่

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๓๑๓ ๘๑๑๙ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นายปริชาติ บุตะกะ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘ ๙๒๐๔ ๑๐๙๑ E-mail : tobaccomk๓@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการไม่ดื่มสุรา
ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑ ประชาชนมหาสารคาม อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา

๒. คำนิยาม

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา เช่น เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ ไวน์ เป็นต้น ทั้งนี้ไม่ร่วมถึงยา วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑.ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
๒.ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

๕. แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูลรายงาน HDC

๖. รายการข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑ ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่ดื่มสุรา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕

A : จำนวนผู้ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

B : จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๙ ในหน่วยบริการนั้นๆ

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

ร้อยละการคัดกรองผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

A : จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๙ ที่ได้รับการคัดกรอง x ๑๐๐

B : จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๙ ในหน่วยบริการนั้นๆ

สูตรคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. มีกลไกคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

๒. การสร้างความตระหนัก/รับรู้โทษ พิษภัยเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แก่เด็ก เยาวชน รวมถึงสาธารณชน

๓. การเฝ้าระวังและการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายเพื่อสนับสนุนมาตรการป้องกัน ควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

๒. เฝ้าระวัง ตรวจเตือน บังคับใช้กฎหมายและสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ในพื้นที่

๓. ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ และสร้างความตระหนักรู้โทษพิษภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๔. บำบัดรักษาผู้มีปัญหาจาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๕. สร้างมาตรการชุมชนปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๓๑๓ ๘๑๑๙ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นายปริชาติ บุตะกะ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ ๐๘ ๙๒๐๔ ๑๐๙๑ E-mail : tobaccomk๓@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๑ ร้อยละของอำเภอมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS
๒. คำนิยาม

ส้วมสาธารณะ หมายถึง ส้วมที่จัดไว้เพื่อให้บริการเป็นการทั่วไปในสถานที่ต่างๆ ทั้งกรณีที่มีการจัดเก็บค่าบริการและไม่จัดเก็บค่าบริการ และให้หมายความรวมถึงส้วมที่จัดไว้เพื่อให้บริการภายในหน่วยงานของรัฐ หรือหน่วยงานของเอกชนโดยแบ่งออกเป็น ๑๒ ประเภท ดังนี้ :

๑. แหล่งท่องเที่ยว (อุทยานแห่งชาติ, แหล่งโบราณคดี, จุดชมวิว)
๒. สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง (ปั๊มน้ำมัน)
๓. ร้านจำหน่ายอาหาร (ร้านอาหาร, แผงลอย)
๔. ตลาดสด (ตลาดนัด, ตลาดสดเทศบาล)
๕. สถานศึกษา (โรงเรียน, มหาวิทยาลัย)
๖. โรงพยาบาล (รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล – รพ.สต.)
๗. สถานที่ราชการ (สำนักงาน, ศาลากลาง)
๘. สถานีขนส่ง (สถานีขนส่งผู้โดยสารทางบก/อากาศ/ราง/น้ำ)
๙. สวนสาธารณะ
๑๐. ศาสนสถาน (วัด, มัสยิด, โบสถ์)
๑๑. ศูนย์การค้า/ห้างสรรพสินค้า/ดิสเคานต์สโตร์
๑๒. ส้วมสาธารณะในพื้นที่สาธารณะอื่นๆ (ส้วมริมทาง)

มาตรฐาน HAS หมายถึง การพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งแพร่โรคติดต่อ และเพื่อความพึงพอใจของประชาชนทั่วไปและนักท่องเที่ยว โดยเน้นพัฒนาส้วมสาธารณะให้บรรลุ ๓ ประเด็น คือ สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน หรือ Health Accessibility Safety (HAS)

๑. สะอาด (Health) หมายถึง ส้วมจะต้องได้รับการดำเนินการให้ถูกหลักสุขาภิบาล (Sanitation Conditions) เช่น ห้องส้วมและสุขภัณฑ์ทั้งหมดจะต้องสะอาด ไม่มีกลิ่นเหม็น มีวัสดุอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกไว้บริการ เช่น น้ำสะอาด สบู่ล้างมือ กระดาษชำระเพียงพอ การเก็บกักหรือบำบัดสิ่งปฏิกูลถูกต้องและมีสภาพแวดล้อมสวยงาม ซึ่งจะส่งผลดีทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ใช้บริการ

๒. เพียงพอ (Accessibility) หมายถึง ต้องมีส้วมให้เพียงพอแก่ความต้องการของผู้ใช้ รวมถึง ผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงมีครรภ์ และส้วมต้องพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ

๓. ปลอดภัย (Safety) หมายถึง ผู้ใช้บริการจะต้องปลอดภัยขณะใช้ส้วม เช่น สถานที่ตั้งส้วม ไม่เปลี่ยว ห้องส้วม แยกเพศชาย-หญิง มีแสงสว่างเพียงพอ เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของอำเภอมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS	-	-	-

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อไม่ให้เป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคในระบบทางเดินอาหาร และพยาธิ

๒. เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีงาม สะดวก สะอาด ถูกสุขลักษณะ พอเพียง และปลอดภัย

๓. เพื่อเป็นพื้นที่ตัวอย่างในการขยายผลห้องน้ำสะอาดไปยังครัวเรือนต่อไป

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ระบบประเมินมาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) https://publictoilet.anamai.moph.go.th/

๖. รายการข้อมูล : ร้อยละของอำเภอมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS

A : จำนวนอำเภอมีส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑ สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

๒. ประสานการดำเนินงานทั้งภาครัฐ และเอกชน

๓. การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรองส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

๒. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานส้วมสาธารณะตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS (ระบบ Online)

๓. ผู้ประกอบการ ผู้ดูแลสถานที่สาธารณะ สมัครเข้าร่วมโครงการประเมินส้วมสาธารณะตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS ของกรมอนามัย โดยลงทะเบียนและประเมินตนเองในระบบประเมินเกณฑ์มาตรฐานส้วมสาธารณะระดับประเทศ (HAS) https://publictoilet.anamai.moph.go.th/

๔. บูรณาการโครงการส้วมสาธารณะผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HAS ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อน GREEN AND CLEAN Hospital Challenge

๕. คณะกรรมการระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ลงพื้นที่เพื่อประเมินรับรองส้วมสาธารณะตามเกณฑ์มาตรฐาน HAS และมอบเกียรติบัตรรับรอง

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๔๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นายวุฒิพันธุ์ จันคามิ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๘๓-๒๘๙๔๒๔๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๒ อำเภอมีการจัดห้องปลอดฝุ่น

๒. คำนิยาม

ห้องปลอดฝุ่น หมายถึง สถานที่หรือห้องที่จัดเตรียมเพื่อลดการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กทั้งฝุ่นละออง ขนาดไม่เกิน ๒.๕ ไมครอน (PM๒.๕) และฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๑๐ ไมครอน (PM๑๐) เพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยง โดยหลักการที่จะทำให้ห้องปลอดฝุ่นมี ๔ หลักการ ดังนี้ ๑) การป้องกันฝุ่นจากภายนอกเข้าไปภายในห้อง โดยการปิดช่องว่าง หรือรอยรั่วของอาคารต่างๆ ที่ฝุ่นละอองสามารถเข้ามาภายในห้องได้ ดูแลบริเวณภายนอกไม่ให้เกิดฝุ่น และปลูกต้นไม้เพื่อดักฝุ่น บริเวณรอบ ๆ อาคาร เป็นต้น ๒) การป้องกันการก่อให้เกิดฝุ่นภายในห้อง โดยไม่ทำกิจกรรมใด ๆ ที่ก่อให้เกิดฝุ่นละออง เช่น การจุดธูปเทียน สูบบุหรี่ ประกอบอาหาร การเผาขยะหรือเศษวัชพืช ฯลฯ ๓) การป้องกันการสะสมฝุ่น ตามผนังห้อง วัสดุหรืออุปกรณ์ภายในห้อง และพื้นผิวของวัสดุของห้อง ๔) การกำจัดอนุภาคของฝุ่นที่อยู่ภายในห้องโดยเลือกใช้อุปกรณ์ที่สามารถลดปริมาณฝุ่นละอองและทำให้อากาศภายในห้องสะอาดได้ (Air Cleaner)

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคามทุกแห่งทั้ง รพศ. รพท. และ รพช.

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปี หรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่ใช้ชื่อหลากหลาย รวมทุกสังกัดในเขตพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อำเภอมีการจัดห้องปลอดฝุ่น - โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข - ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	-	-	-

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มเปราะบาง (เด็ก ๒-๕ ปี) ได้รับการดูแล ป้องกัน และลดผลกระทบจากฝุ่น PM ๒.๕

๒. เพื่อส่งเสริมให้มีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มเปราะบาง (เด็ก ๒-๕ ปี)

๓. เพื่อให้เกิดการขยายผลห้องปลอดฝุ่นจากศูนย์เด็กเล็กสู่บ้านเรือน และชุมชนต่อไป

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แพลตฟอร์มห้องปลอดฝุ่น (https://podfoon.anamai.moph.go.th/)

๖. รายการข้อมูล : ร้อยละของอำเภอมีการจัดห้องปลอดฝุ่น

A : จำนวนอำเภอมีการจัดห้องปลอดฝุ่น

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สร้างกลไกความร่วมมือในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

๒. สร้างความตระหนักรู้ และสร้างกลไกการพัฒนางานเพื่อขยายผลไปยังครัวเรือน และชุมชน

๓. ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรองห้องปลอดฝุ่น ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด

๒. ประชุมชี้แจงแนวทางจัดทำห้องปลอดฝุ่นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ระบบ Online)

๓. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข/ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สนใจ สมัครเข้าร่วมโครงการห้องปลอดฝุ่น ของกรมอนามัย โดยลงทะเบียนและประเมินตนเองตามเกณฑ์ในแพลตฟอร์มห้องปลอดฝุ่น https://podfoon.anamai.moph.go.th/

๔. บูรณาการการจัดทำห้องปลอดฝุ่นในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขลดโลกร้อน GREEN AND CLEAN Hospital Challenge

๕. คณะกรรมการระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ลงพื้นที่เพื่อประเมินรับรองห้องปลอดฝุ่น และมอบเกียรติบัตรรับรอง

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทรศัพท์ ๐๘ ๑๕๔๔ ๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นายวุฒิพันธุ์ จันคามิ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๘ ๓๒๘๙ ๔๒๔๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๓ อำเภอมีมาตรการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามธรรมนูญสุขภาพตำบล
๒. คำนิยาม

มาตรการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การจัดการและควบคุมปัจจัยในสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ เคมี ชีวภาพ เช่น น้ำ อากาศ อาหาร มูลฝอย สัตว์พาหะ ฯลฯ เพื่อป้องกันและลดอันตรายต่อสุขภาพของมนุษย์ ให้เกิดความสมดุลระหว่างมนุษย์และสิ่งแวดล้อม นำไปสู่สุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีโดยรวม ได้แก่ การจัดหาน้ำสะอาด , การจัดการขยะและสิ่งปฏิกูล , การควบคุมมลพิษ (ทางน้ำ ทางอากาศ ทางดิน และทางเสียง) ,การควบคุมสัตว์และแมลงพาหะนำโรค , การสุขาภิบาลอาหาร และ อาชีวอนามัย

มาตรการปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม หมายถึง กิจกรรม วิธีการ การกำกับ ติดตาม สนับสนุน และประสานการดำเนินงานเพื่อปกป้องสุขภาพประชาชนจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM๒.๕) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอสม. ดังนี้

๑. มาตรการป้องกันและควบคุม
๑.๑ ออกข้อบัญญัติ/ประกาศอำเภอ/ประกาศอปท.ห้ามเผาในที่โล่ง (ขยะ เศษวัชพืช ตอซัง พื้นที่เกษตร) ยกเว้น กรณีจำเป็นที่มีการขออนุญาต
๑.๒ จัดเขตควบคุมการเผา ช่วงฤดูฝุ่น (ระหว่าง พฤศจิกายน–เมษายน)
๑.๓ จัดชุดตรวจสอบ–สายตรวจสิ่งแวดล้อม ลงพื้นที่สุ่มตรวจ
๑.๔ มีระบบรับแจ้งเหตุเผา เช่น แจ้งผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน หรือไลน์กลุ่มชุมชน เป็นต้น
๑.๕ มีระบบ และบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ เช่น เปรียบเทียบปรับ หรือดำเนินคดี เป็นต้น

๒. มาตรการส่งเสริมและสนับสนุน
๑.๑ ส่งเสริมการใช้ เครื่องจักรทดแทนการเผา เช่น เครื่องสับย่อยเศษวัชพืช
๑.๒ สนับสนุนการทำปุ๋ยหมัก/น้ำหมักชีวภาพ จากเศษพืชแทนการเผา
๑.๓ ส่งเสริมการจัดการขยะอินทรีย์แบบไม่เผา เช่น ทำถังขยะเปียกลดโลกร้อน
๑.๔ สนับสนุนกลุ่มเกษตรกรทำแปลงสาธิตเกษตรปลอดการเผา

๓. มาตรการด้านการสื่อสารให้ความรู้และประชาสัมพันธ์
๓.๑ กิจกรรมรณรงค์ “หมู่บ้านปลอดการเผา”
๓.๒ การให้ความรู้เรื่องผลกระทบของการเผาต่อสุขภาพ ผ่านเสียงตามสาย สื่อโซเชียล และป้ายประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

๓.๓ จัดอบรมอสม./แกนนำชุมชน ให้เป็นผู้เฝ้าระวังและให้คำแนะนำด้านสุขภาพ

๓.๔ จัดให้มีระบบเฝ้าระวัง เตือนภัยล่วงหน้าที่ในพื้นที่

๔. มาตรการจัดการขยะและเศษวัสดุ

๔.๑ จัดระบบรวบรวม คัดแยก และกำจัดขยะอย่างถูกวิธี

๔.๒ จัดจุดรับซื้อเศษวัสดุ เช่น กิ่งไม้ เศษพืช เพื่อนำไปสับทำปุ๋ยหรือเชื้อเพลิงชีวมวล ฯลฯ

๔.๓ ส่งเสริมการคัดแยกขยะในครัวเรือนและลดปริมาณขยะต้นทาง

๕. มาตรการเฝ้าระวังและติดตามผล

๕.๑ ใช้ดาวเทียม หรือข้อมูลฮอตสปอต เพื่อตรวจจุดความร้อน

๕.๒ รายงานผลการลดการเผาในที่โล่งเป็นรายเดือน

๕.๓ ประเมินหมู่บ้าน/ชุมชนดีเด่น “ปลอดการเผา” เพื่อสร้างแรงจูงใจ

๖. มาตรการความร่วมมือระดับพื้นที่

๖.๑ มีคณะทำงานควบคุมการเผาระดับอำเภอ ร่วมกับ อปท., สสอ., ป่าไม้, เกษตรอำเภอ,ผู้นำชุมชน

๖.๒ ประสานเกษตรกรและชุมชน วางแผนกำจัดวัสดุเหลือใช้หลังเก็บเกี่ยวร่วมกัน

๖.๓ สร้างเครือข่ายเยาวชน/โรงเรียนส่งเสริมงดเผา ฯลฯ

ธรรมนูญตำบล หมายถึง ข้อตกลงร่วม หรือกติกาที่คนในชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำขึ้น เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดการสุขภาพของชุมชนตัวเอง โดยครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน โดยเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน และใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับท้องถิ่น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อำเภอมีมาตรการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามธรรมนูญสุขภาพตำบล	-	-	-

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๒. เพื่อลดมลพิษทางอากาศ เช่น ฝุ่นละออง (PM๒.๕), กลิ่นเหม็น, และสารพิษจากการเผาไหม้ต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่

๓. เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ทีมประเมินระดับจังหวัดประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองอำเภอมีมาตรการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

๒. ประกาศ อปท.เรื่อง ห้ามเผาในที่โล่ง

๓. ธรรมนูญตำบล

๖. รายการข้อมูล

Y_1 = ร้อยละของอำเภอมีมาตรการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

D = จำนวนอำเภอทั้งหมด

สูตรการคำนวณ

$$y_1 = \frac{A * 100}{D}$$

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การขับเคลื่อนนโยบาย และสร้างกลไกการพัฒนางานแบบภาคีมีส่วนร่วม

๒. ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และระดับอำเภอ

๓. การจัดการความรู้

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาและประเมินผลการอำเภอมีมาตรการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและปลอดการเผาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมตามธรรมนูญสุขภาพตำบล

๒. เยี่ยมเสริมพลัง นิเทศติดตามงาน

๓. ตรวจประเมิน/ให้คำแนะนำ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทรศัพท์ ๐๘ ๑๕๔๔ ๖๑๕๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com
๒. นายวุฒิพันธุ์ จันคามิ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๘ ๓๒๘๙ ๔๒๔๙ E-mail : envoccmkpho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยสิ่งแวดล้อมดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๕ ประชาชน อายุ ๑๙-๕๙ ปี ขึ้นไป ในจังหวัดมหาสารคาม มีรอบเอวปกติ

๒. คำนิยาม

๑. วัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๙ ปีเต็ม ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

๒. รอบเอวปกติ หมายถึง มีรอบเอวไม่เกินส่วนสูงหารสอง (รอบเอว และส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร) หมายเหตุ ทศนิยม ๑ ตำแหน่ง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ	๕๖	๖๒	๖๔

๔. วัตถุประสงค์

ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี ได้รับการประเมินสถานะสุขภาพ (Health Status) และมีความรอบรู้สุขภาพส่งผลให้มีรอบเอวปกติ

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. Health Data Center (HDC) จากแฟ้ม NCDSCREEN และ NUTRITION

๒. วัดรอบเอวผ่านสะดือ และวัดส่วนสูง ใช้หน่วยเซนติเมตร บันทึกข้อมูลด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง

๓. โรงพยาบาล และ รพ.สต. บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU, MyPCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ดูข้อมูลผ่าน HDC

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี มีรอบเอวปกติ

B : จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี ที่วัดรอบเอวทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

หมายเหตุ

๑.ประชากรเป้าหมาย (B) คือ Type area ๑ คือ มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง Type area ๓ คือ มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ

๒. ประชากรเป้าหมาย แยกตามพื้นที่การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข และ อปท.

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การส่งเสริมป้องกันโรคต้องมีเรื่องสุขภาพในทุกๆ นโยบาย (Health in all policy) : ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมขับเคลื่อน “ตำบลเปี่ยมสุข สู่จุดหมาย มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข” โดยมีเวทีประชาคม มีมาตรการชุมชนในการดำเนินการและมีภาคีเครือข่าย ๔ กระทรวงหลัก รวมทั้ง อปท. : อบจ เทศบาล อบต. /สปสช.

๒. ทุนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : กองทุนสุขภาพตำบล งบ PPA งบ สสส. งบ อบจ.

๓. การมีกฎหมาย กฎระเบียบ ต่างๆ : คณะกรรมการ พชจ. / พชอ. /พชต. / CIPO กลุ่มวัย / คณะกรรมการแต่ละกลุ่มวัย ดูแลกำกับติดตามการดำเนินงาน

๔. ต้องชี้นำ สื่อสารกับสังคมในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค : เพิ่มการสื่อสารและใช้หลักการทำงานร่วมกันโดยใช้ Application ต่างๆ และหลักการ ได้แก่ ๓ move /- ๓ H /- ๕ E (Health Literacy)

๕. Literacy ด้านสุขภาพ ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและสามารถในการตัดสินใจว่าจะรับบริการอย่างไร จะปรับพฤติกรรมอย่างไร เรื่อง Health Literacy นี้สำคัญ เพราะเมื่อประชาชนมีความรู้ก็จะสามารถบริหารจัดการสุขภาพตัวเองได้ (Self-care/Self-management) : มีระบบ Application ในการสื่อสารความรอบรู้ ได้แก่ Health Status ก้าวท้าใจ CCC , มีระบบฐานข้อมูล HDC (เชื่อมโยงฐานข้อมูลบริการ ใน รพ.สต.)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ทะเบียนผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด จัดประชุมชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด

๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา

๓. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC

๔. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ทุกระดับ (อบจ.และ สสอ)

๕. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมกับพื้นที่และองค์การปกครองส่วนจังหวัด

๖. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงาน NCD

๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ชี้แจง สื่อสารนโยบาย เป้าหมาย ตัวชี้วัด รูปแบบการดำเนินงาน

๒. กำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนและติดตามการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ทุกๆ เดือน

๓. ประสานให้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดย อบจ. พชอ. รพช.

๔. พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมสนับสนุนช่วยเหลือ แนะนำ วิเคราะห์ศึกษาปัญหาร่วมจัดกิจกรรม

๕. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๖. บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๖ เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว

๖.๑ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้

๖.๒ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๗

๖.๓ กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลน้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี

๗. เยี่ยมเสริมพลัง เร่งรัดติดตามการดำเนินงาน สรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อครบระยะก่อน ๓๐ กันยายนในแต่ละปี รายงานสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหาจุดอ่อน จุดแข็ง รวมทั้งปัจจัยสำคัญอื่นๆ

แนวทางการดำเนินระดับตำบล

๑. จัดทำ คำสั่งระดับตำบล/รพ.สต. แผนงาน ทะเบียนการคัดกรองสุขภาพ

๒. มีแนวทางการดำเนินงาน /แผนการขับเคลื่อนงานคัดกรองสถานะสุขภาพ (Health Status)/ ประเมินแยกกลุ่มความเสี่ยง (เขียว เหลือง ส้ม) /การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ ติดตามผล

๒.๑ ดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่รอบที่ ๑ ช่วง ตุลาคม-ธันวาคม ๒๕๖๖ – เพื่อนำข้อมูล น้ำหนัก ส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี มาคำนวณ ดัชนีมวลกายและวัดรอบเอว

๒.๒ จัดกลุ่มประชาชน ตามเกณฑ์ BMI เพื่อให้ความรู้ ในการตัดสินใจ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีความรอบรู้

๒.๓ ติดตามผลการสร้างความรอบรู้ และประเมิน BMI ครั้งที่ ๒ ในช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๗

๒.๔ กำกับติดตามการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพ (Health Status) ในพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลน้ำหนักส่วนสูง ของประชาชน ๑๙-๕๙ ปี

๓. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ HDC

๔. บูรณาการการดำเนินงานร่วมกับงานสุขภาพภาคประชาชน ตำบลจัดการสุขภาพ และ NCD

๕. สรุปผลการดำเนินงานในแต่ละปี ตลอดจนรายงานปัญหาการดำเนินการเพื่อร่วมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำไปพัฒนาแก้ปัญหากับภาคเครือข่ายในชุมชน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการสัมพันธภาพดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๖.๑ ครัวเรือนในจังหวัดมหาสารคามเป็นครอบครัวอบอุ่น

๒. คำนิยาม

๑. ครัวเรือน หมายถึง ครัวเรือนแบ่งได้เป็น ๒ ประเภท คือครัวเรือนส่วนบุคคล และครัวเรือนกลุ่มบุคคล

๑.๑ ครัวเรือนส่วนบุคคล หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบขึ้นด้วยบุคคลคนเดียวหรือหลายคนอาศัยอยู่ในบ้านหรือที่อยู่อาศัยเดียวกัน และจัดหาหรือใช้สิ่งอุปโภคบริโภคอันจำเป็นแก่การครองชีพร่วมกัน บุคคลเหล่านั้นอาจเป็นญาติหรือไม่เป็นญาติกันก็ได้

๑.๒ ครัวเรือนกลุ่มบุคคล หมายถึง ครัวเรือนที่ประกอบขึ้นด้วยบุคคลที่มาอยู่รวมกัน เพราะได้มีกฎ หรือระเบียบข้อบังคับอย่างใดอย่างหนึ่งระบุไว้ว่าให้มาอยู่รวมกัน หรือจำเป็นต้องมาอยู่รวมกันเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง บุคคลเหล่านี้จะกินรวมกัน หรือไม่กินรวมกัน ก็ได้ ครัวเรือนกลุ่มบุคคลจำแนกได้เป็น ๒ ชนิดคือ ครัวเรือนกลุ่มบุคคลประเภทสถาบัน ได้แก่ วัด เรือนจำ สถานสงเคราะห์ โรงพยาบาล โรงเรียนกินนอน กองทหารหรือตำรวจ และครัวเรือนกลุ่มบุคคลประเภทอื่น ได้แก่ โรงแรม หอพัก บ้านพักคนงานที่มีคนงาน จำนวน ๖ คนขึ้นไป ซึ่งสถานประกอบธุรกิจจัดที่อยู่อาศัยให้อยู่รวมกัน

๒. ครอบครัวอบอุ่น หมายถึง การมีครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน จำนวน ๕ ข้อ
๒.๑ ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทุกชนิด
๒.๒ ไม่มีผู้ป่วยจิตเวช
๒.๓ ผู้สูงอายุไม่ถูกทอดทิ้ง
๒.๔ มีความผูกพัน พี่น้องรักใคร่กลมเกลียวกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน ไม่มีการทะเลาะเบาะแว้ง
๒.๕ ไม่มีการทำร้ายร่างกายและจิตใจ ซึ่งกันและกัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละครัวเรือนในจังหวัดมหาสารคามเป็นครอบครัวอบอุ่น	-	๙๕	๙๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อคัดกรองสุขภาพของครัวเรือน
๒. เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แบบคัดกรองครอบครัวอบอุ่นโดย อสม. ผ่านโปรแกรมที่กำหนด

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนครัวเรือนในจังหวัดมหาสารคามเป็นครอบครัวอบอุ่น

B : จำนวนครอบครัวทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับการพัฒนาศักยภาพ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

๒. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านศูนย์คนไทยห่างไกล NCD

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงการขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการส่งเสริม อสม.จังหวัดมหาสาคาม

๒. อสม.ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ออกดำเนินการคัดกรองทุกครอบครัว

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานฯ
โทรศัพท์ ๐๘ ๘๕๖๘ ๑๐๓๘ E-mail : -
๒. ชื่อ-สกุล นายชนะชน แสนแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘ ๖๒๔๙ ๒๔๖๖ E-mail : eng-๕๐@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการสัมพันธภาพดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๖.๒ หมู่บ้าน/ชุมชน มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกัน อย่างน้อย ๑ ชมรม ต่อ หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกัน อย่างน้อย ๑ ครั้ง ต่อ สัปดาห์
๒. คำนิยาม

ความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง หมายถึง การเชื่อมโยงทางสังคมและความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ส่งผลดีต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ งานวิจัยจากฮาร์วาร์ด® พบว่า ปัจจัยที่ทำนายความสุข และอายุยืนยาวของมนุษย์ คือ การมีความสัมพันธ์ทางสังคมที่แน่นแฟ้นกับคนในครอบครัว เพื่อนฝูง หรือคนในสังคม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมแม้เพียงระยะสั้น ก็ส่งผลดีต่อสุขภาพ ช่วยให้ระดับความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจดีขึ้น เพราะขณะมีปฏิสัมพันธ์สมองเกิดการตอบสนองต่อรางวัลตามธรรมชาติ (Reward pathway) โดยการปล่อยสารสื่อประสาทที่ให้ความรู้สึกดี ได้แก่ Dopamine, Oxytocin, Serotonin, และ Endorphins (DOSE) ซึ่งส่งผลทางบวกต่ออารมณ์

การปฏิสัมพันธ์ในสังคมหรือชุมชน ประกอบด้วย ๑) ร่วมกิจกรรมอาสา งานจิตอาสาส่งผลดีต่อสุขภาพ ช่วยเพิ่มความสุข และทำให้คุณมีโอกาสพบคนหลากหลายขึ้น ๒)ร่วมพิธีกรรมทางศาสนา ทำบุญตามประเพณี เข้าค่ายปฏิบัติธรรม ร่วมกลุ่มฝึกสติด้วยการนั่งสมาธิ หรือเดินจงกรม ๓) เข้าร่วมงานกิจกรรมกีฬาหรือออกกำลังกาย หรืองานแสดงศิลปะวัฒนาธรรมต่างๆ ในชุมชน ๔) รวมกลุ่มทำกิจกรรมในชุมชน เช่น กลุ่มออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

การมีปฏิสัมพันธ์เชิงบวกทางสังคม หมายถึง การมีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้อื่นรู้สึกเป็นที่รัก ห่วงใย เห็นคุณค่าและได้รับการชื่นชมจากผู้อื่น และมีการสนับสนุนทางอารมณ์เมื่อรู้สึกแย่ ๑. Sagner M, Katz D, Egger G, Lianov L, Schulz K, Braman M, et al. Lifestyle medicine potential for reversing a world of chronic disease epidemics: from cell to community. International journal of clinical practice. ๒๐๑๔;๖๘(๑๑):๑๒๘๙-๙๒.

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกัน อย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกัน อย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ๑๐๐%	NA	๑๐๐	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสัมพันธ์ภาพที่ดี เน้นการสร้างปฏิสัมพันธ์เชิงบวก ผ่านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน, กิจกรรมอาสา, เข้าร่วมพิธีทางศาสนา, การออกกำลังกาย, และกิจกรรมสร้างสรรค์ เพื่อลดความเครียด สร้างความสุข และเสริมสร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ช่วยให้มีสุขภาพกายและใจที่ดี ซึ่งสัมพันธ์ที่ดีเป็นเกราะป้องกันความเครียดและภาวะซึมเศร้า

๕. แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์

๒. ประเมินการดำเนินงานชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขระดับอำเอและรายงานผ่านระบบงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๓. ฐานข้อมูล รายงานระดับอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนหมู่บ้าน มีชมรมหรือการรวมกลุ่มทำกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ชมรม/หมู่บ้าน และมีกิจกรรมสร้างสุขร่วมกันอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์

B : จำนวนหมู่บ้าน ทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

-

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล นางสาวปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๔๓๐๐๖๔ E-mail : piyalakpp@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection : PP&P Excellence)
แผนงานที่ ๔ : การยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส
โครงการที่ ๕ : โครงการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วย ๓ อ ๔ ส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ความสำเร็จของการยกระดับจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี ด้วยการสัมพันธภาพดี
ตัวชี้วัดที่ ๑๖.๓ ตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง/หน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพช.
มีศูนย์คนไทยห่างไกล NCD มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCD ในชุมชน
๒. คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง

ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs เป็นสถานที่ในการปฏิบัติงานของอสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับตำบล ทำหน้าที่ประเมินสุขภาพประชาชน จัดอบรมหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย การพักผ่อน ให้กับผู้ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ ผู้ที่น้ำหนักเกินเกณฑ์ หรือผู้ที่ต้องการดูแลสุขภาพ รวมทั้งบริการส่งต่อผู้ที่สงสัยป่วยไปยังคลินิก NCDs รักษาหาย และรับผู้ป่วย NCDs ที่ควบคุมอาการได้ดีจากคลินิก NCDs รักษาหาย กลับมาดูแลต่อเนื่อง

ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (NCDs Prevention Center) จัดตั้งที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่ประสานงาน ส่งต่อกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยไปยังคลินิก NCDs รักษาหาย เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการโครงการคนไทยห่างไกล NCDs และเป็นศูนย์ข้อมูล NCDs ระดับอำเภอ ประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดูแล ควบคุม กำกับ สนับสนุนการทำงานของ อสม. และศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs รวมทั้งให้บริการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบที่เข้ามารับบริการ

คลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic) จัดตั้งที่โรงพยาบาลทุกระดับ ให้บริการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย NCDs โดยแพทย์และทีมสหวิชาชีพ เน้นการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้โดยไม่ใช้ยาหรือการใช้ยาให้น้อยที่สุด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. มีการจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (NCDs Prevention Center) ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	N/A	N/A	ร้อยละ ๑๐๐
๒. มีการจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในระดับตำบล	N/A	N/A	ร้อยละ ๑๐๐
๓. มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic) ที่โรงพยาบาล	N/A	N/A	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้บริการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านโภชนาการและการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๒. เพื่อประสานงานติดตามส่งต่อกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยไปยังคลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic) ที่โรงพยาบาล

๓. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการโครงการคนไทยห่างไกล NCDs และเป็นศูนย์ข้อมูล NCDs ระดับอำเภอ ประสานการทำงานระหว่างเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดูแล ควบคุม กำกับ สนับสนุนการทำงานของ อสม. และศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs รวมทั้งให้บริการคัดกรองความเสี่ยงทางสุขภาพกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบที่เข้ามารับบริการ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบ NCDs Prevention Center ใน สอน.บัดดี้

๒. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และคลังสุขภาพ HDC

๖. รายการข้อมูล

A : หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการการดำเนินงานศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (NCDs Prevention Center)

B : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด

สูตรการคำนวณ (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ไตรมาสที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ ๕๐ และไตรมาสที่ ๔ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒. ประเมินและติดตามผลการดำเนินงานในระดับอำเภอ ระดับตำบล ร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม

๓. สรุปและอภิปรายผลโดยการมีส่วนร่วมในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (NCDs Prevention Center) ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs และคลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic)

๒. กำหนดการจัดตั้งและดำเนินงานศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน (NCDs Prevention Center) ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ในระดับตำบล และคลินิก NCDs รักษาหาย (NCDs Remission Clinic) ในโรงพยาบาลให้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ทุกพื้นที่

๓. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในระยะเวลา ๖ เดือน ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. ชื่อ-สกุล นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘ - ๕๖๘๑๐๓๘ E-mail :
๒. ชื่อ-สกุล นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐ E-mail :

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ

(Service Excellence)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่ ๖ : โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๗ จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒*

๑๗.๑ หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินการ Telemedicine (สป.สธ)

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึง แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวง สาธารณสุขให้ความเห็นชอบ

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

๒. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงาน ในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒

คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุน การปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพตนเองบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้

๑. บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้นการผ่าตัดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาชาเฉพาะที่

๒. บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน

๓. บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

๔. การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก

๕. การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

๖. การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้

๗. การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน

ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย

๑. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตามคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๘-๒๕๗๐ ใน ๘ ส่วนประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ด้านระบบบริหารจัดการ

ส่วนที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ

ส่านที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ

ส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ส่วนที่ ๖ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ส่วนที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.)

ส่วนที่ ๘ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (คปคม.)

๒. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย ๑ ประเด็น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

๓. มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน

๔. มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายถึง หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ รวมทั้งสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทุกสังกัด ให้บริการด่านหน้าและมีมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นเครื่องมือควบคุมคุณภาพ

รพ.สต. ที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จะต้องมีประชากร ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คน ถ้าประชาชนไม่ถึงเกณฑ์ อาจรวมกันหลาย รพ.สต.เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ทั้งนี้ รพ.สต. ทุกแห่งจะขึ้นทะเบียนได้จะต้องผ่านมาตรฐานคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องผ่านเกณฑ์ ๓ S ประกอบด้วย

Staff

- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน รับผิดชอบประชากรเต็มเวลา โดยควรมีเวลา ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ๓ วัน/สัปดาห์
- พยาบาลวิชาชีพ ๒ คนเป็นอย่างน้อย
- นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ๒ คน เป็นอย่างน้อย

System

- มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชน ประมาณ ๘,๐๐๐ คน-๑๒,๐๐๐ คน อาจมากว่าหรือน้อยกว่าขึ้นกับบริบทของพื้นที่
- มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
- มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี
- ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า
- การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน
- ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพกลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล

Structure

- มีอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ
- สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

ความสำเร็จของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมายถึง อำเภอสามารถพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ ๓ S เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ตามเกณฑ์ร้อยละ ๔๓

ความสำเร็จด้านกระบวน หมายถึง ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ความสำเร็จด้านผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หมายถึง การเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่าย และลดป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยทั่วไป หรือผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ไม่ฉุกเฉิน เช่น การประเมินอาการ การนัดหมาย การติดตามอาการผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน หรือคลินิกเฉพาะโรค เช่น ผู่ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล พร้อมให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางเข้ารับบริการยังหน่วยบริการได้ รวมทั้งการออกใบรับรองแพทย์ ใบรับรองความพิการ การส่งยาที่บ้าน ผ่านแพทย์ที่ปรึกษาประจำตัว ได้แก่ หมอ ๑ หมอ ๒ และหมอ ๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ ๘๗.๒๑	ร้อยละ ๘๗.๒๑	ร้อยละ ๑๐๐
๒. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการตามคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ	N/A	ร้อยละ ๑๖๔	ร้อยละ ๑๙๕
๓.ร้อยละของการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	N/A	N/A	N/A

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อลดแออัดในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย และปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่

๒. เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิจากครัวเรือนจนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตตลอดจนการจัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยการทำงานเป็นทีมของ ทีม ๓ หมอ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบการขึ้นทะเบียนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๒. ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)

๓. ระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้แก่ สอน.บัดดี้, หมอพร้อม Station

๔. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และคลังสุขภาพ HDC

๖. รายการข้อมูล

๑. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

A : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสม)

B : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน จากระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUStandard.go.th)

สูตรการคำนวณ : A - B

๒. ร้อยละของการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

A : จำนวนผู้ที่เข้ารับบริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

B : จำนวนผู้เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ยกเว้นบริการส่งเสริม การคัดกรอง และการควบคุมโรค)

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาศักยภาพทีมแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพที่ประจำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๒. ขับเคลื่อนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินระบบสุขภาพปฐมภูมิในหน่วยบริการหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในทุกสังกัด

๓. ขับเคลื่อนการให้บริการด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชุมชี้แจงหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินงานเพื่อพัฒนาและควบคุมคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกสังกัด ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

๒. สนับสนุนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยสอดคล้องกับประเด็น พชอ. ที่กำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

๓. สรุปและถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวอรกัญญา สิงห์คำ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

โทรศัพท์ ๐๘๘-๕๖๘๑๐๓๘

๒. นายพนาสันต์ ดวงพรม ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

โทรศัพท์ ๐๙๘-๙๑๖๘๑๙๐

.

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๘ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I๖๐-I๖๔)
๑๘.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit
๑๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๔) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๒. คำนิยาม

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๔)

๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๔)

๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๔)

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

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก

๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง

๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑๘.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit	< ร้อยละ ๗	< ร้อยละ ๗	< ร้อยละ ๗
๑๘.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๔) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน Stroke Unit

A : จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๔) จากทุกหอผู้ป่วย

B : จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I๖๐-I๖๔)

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ – I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit

A : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ – I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

B : จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ – I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

Pre-Hospital : ลดเวลาสูญเสีย (Delay Time)

- ยกระดับจากการรณรงค์ความรู้ เป็นระบบแจ้งเตือน Stroke ที่ตอบสนองรวดเร็ว
- เชื่อม Stroke Awareness, BEFAST, EMS ๑๖๖๙ เข้ากับ Health Station และ อสม.
- ใช้ “Time from onset to door” เป็นตัวชี้วัดเชิงระบบ

In-Hospital : มาตรฐานเดียวกัน คุณภาพเท่ากัน

- กำหนด Stroke Unit เป็นนโยบายบังคับ พร้อมแยกระดับบริการ (Primary–Advanced–Comprehensive)
- พัฒนา Stroke Fast Track และลด Door-to-Needle time
- ใช้ Tele-stroke สนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็ก
- เชื่อมผลลัพธ์ผู้ป่วยกับ KPI บุคลากร

Post-Hospital : ลดตายซ้ำ ลดพิการ เพิ่มคุณภาพชีวิต

- พัฒนา Stroke Continuum of Care ตั้งแต่โรงพยาบาลถึงชุมชน
- ใช้ Health Station ติดตามปัจจัยเสี่ยง (BP, AF, Lipid, ยา)
- เชื่อม Home Ward / LTC และพัฒนาศักยภาพ Care Giver

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองระดับจังหวัด

๒. กำหนดนโยบายให้ รพ.ทุกแห่ง มี Stroke unit และให้บริการ Stroke fast track อย่างมีคุณภาพ

๓. จัดทำแนวทางในการด าเนินงานตามแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ให้ครอบคลุมตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ

๔. จัดให้มีระบบรายงานตัวชี้วัด กำกับและติดตามการรายงานทุกเดือน

๕. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานต่าง ๆ ประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและอันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. รพ.ทุกแห่ง ต้องมี Stroke unit และ Stroke fast track เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด

๒. ระบบการส่งต่อ Refer out

๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk

๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น

๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากร ทีมสหวิชาชีพและ Care Giver

๖. ร่วมกับ อปท. หน่วยงานต่างๆ ประชาสัมพันธ์ความรู้ การป้องกันและ อันตรายของโรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. พัฒนาการเข้าถึงบริการ Prevention and Pre-hospital

๑.๑ Stroke awareness, Alert และ Pre-hospital care (EMS) เรียก ๑๖๖๙

๑.๒ การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง

๒. ระบบการส่งต่อ Refer out

๓. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk

๔. การคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke (BEFAST) เบื้องต้น

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙	E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางสาวศิริพร สุจจะชารี	ตำแหน่งนัก วิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔	E-mail : nupolla_phe@hotmail.com
๓. นางเบญจพร เองวานิช	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๔๑๙-๙๗๔๙	E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๙ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
๑๙.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
๑๙.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

๒. คำนิยาม :

ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผล การตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อน สิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗–๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) เทียบกับค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน)

ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๕,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report)

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือ วิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

๒. ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกและได้รับการประเมินในการรักษาครั้งล่าสุดว่ารักษาหายหรือรักษาครบแล้ว แต่กลับมาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคอีก

TB Treatment coverage หมายถึง ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

Incident case หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรคในแต่ละปี หาได้จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท (ข้อมูลจาก tbcmthailand.net)

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คือ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗-๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) หมายถึง <u>อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ</u>

๑. ผู้ป่วยใหม่ ได้แก่ ๑.๑) วัณโรคปอด ผลตรวจพบเชื้อ ๑.๒) วัณโรคปอด ผลตรวจไม่พบเชื้อ หรือ ไม่มีผล ๑.๓) วัณโรคนอกปอด ผลตรวจพบเชื้อ หรือไม่มีผล

๒. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ๒.๑) วัณโรคปอด ผลตรวจพบเชื้อ ๒.๒) วัณโรคปอด ผลตรวจไม่พบเชื้อหรือไม่มีผล ๒.๓) วัณโรคนอกปอดผล ตรวจพบเชื้อ หรือไม่มีผล

โดยดึงข้อมูลเข้าระบบ tbcmthailand.net ไปที่รายงาน Data center ไปที่ข้อที่ ๖ หรือเข้าระบบรายงานแบบฟอร์ม TB ๐๘ รายงานจำนวนผลการรักษาผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ และนอกปอด (TB ๐๘ All forms) ขึ้นทะเบียนช่วง ๑๒-๑๕ เดือนที่ผ่านมา เลือกผลการรักษา เสียชีวิต

ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (House Hold Contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับ และติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกัน แต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลา ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง ๓ เดือนที่ผ่านมา

ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือ Human Immunodeficiency Virus : HIV

บุคลากรสาธารณสุข (Heath Care Worker) หมายถึง กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

Elderly ≥ ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA๑C ≥ ๗ FBS ≥ ๑๔๐) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี มีโรคร่วมเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ≥ ๑๔๐ mg/dL ติดต่อกันเกิน ๓ ครั้งขึ้นไป และหรือ HbA๑C ≥ ๗

ประชากรข้ามชาติ (Migrant) หมายถึง ประชากรข้ามชาติที่อาศัย ในราชอาณาจักรไทยในพื้นที่อำเภอนั้น

ผู้ต้องขัง (Prisoner) หมายถึง ผู้ต้องกัก/ผู้ต้องขัง ในเรือนจำจังหวัดมหาสารคามเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของเขตรับผิดชอบอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

ผู้ติดสุรา หมายถึง ผู้ป่วยจะมีอาการอย่างน้อย ๓ อาการ ตามเกณฑ์ดังนี้ คือ ๑) ดื่มมากกว่าที่ตั้งใจไว้ ๒) ไม่สามารถหยุดหรือเลิกการดื่มสุราบ่อยครั้ง ๓) มีอาการทนต่อสุรามากขึ้น เช่น ต้องดื่มมากกว่าเดิมอย่างมากจึงจะรู้สึกเช่นเดิม

ผู้ใช้สารเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองในการใช้สารเสพติดชนิดนั้นๆ ได้ ต้องหาสารเสพติดมาเสพอยู่เสมอ เป็นขั้นที่ก่อให้เกิดปัญหากับชีวิตของตนเอง

กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีโรคร่วมที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่มีโรคร่วม ที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรครายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ที่ผ่านมาจากการทบทวน Dead case Conference หรือจากการคัดกรองโดยการเอกซเรย์ทรวงอก

การดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค หมายถึง การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคตามมาตรการที่ ๑–๔ ในโรงพยาบาลชุมชน (๒๐ ตัวชี้วัด) และในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ประเมินคุณภาพตามมาตรการที่ ๑–๕ (๒๕ ตัวชี้วัด) ที่มีผลการประเมินมาตรฐานตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (จากมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค) ตามคู่มือประเมินมาตรฐาน “คู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคปี ๒๕๖๘”

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๕	๘๘	๘๘
๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๙๐	๘๕	๘๕
๓. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	ร้อยละ	๘	๘	๘
๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๙ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	คะแนน	๙๐	๙๐	๙๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๘๘

๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ≥ ร้อยละ ๙๐

๓. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕

๔. ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ๙ กลุ่มที่ต้องเอ็กซ์เรย์ทรวงอก ร้อยละ ๑๐๐

๕. พัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

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

๖. รายการข้อมูล

๑. เกณฑ์การประเมินผล (Small success)

เป้าหมาย	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. Success Rate ๒. TB Treatment Coverage ๓. Dead rate ๔. Active case Finding ๕. QTB รพ. QTPB เรือนจำ	๑. สรุปและวิเคราะห์การดำเนินงานกลุ่มเป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค ๒. จัดทำฐานข้อมูล ๗ กลุ่มเสี่ยง แผนการ ดำเนินงาน เร่งรัดค้นหาและรักษาวัณโรค ๓. ประชุม DOT Meeting ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๐ ต.ค.๒๕๖๘ ๔. พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานรายใหม่สหวิชาชีพ เดือนธันวาคม ๒๕๖๘ ๕. ดำเนินการคัดกรอง ๗ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๕๐	๑. ดำเนินงานคัดกรอง ๗ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๘๕ (ร้อยละ๑๐๐ ใน ๓ กลุ่มเสี่ยง (HHC HIV , ผู้สูงอายุ ≥ ๖๕ ปี มีโรคร่วมCOPD/DM ๒. นิเทศติดตามการดูแลรักษาตามมาตรฐาน QTB โกสุม วาปีปทุม กุดรัง ชื่นชม ๓. Dead case conference หรือและ On the Job taring อำเภอที่พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง	๑. กำกับและติดตามการดำเนินงานตามแผนในรอบ ๙ เดือนชี้เป้าหมายอำเภอผลงานต่ำ ๒. ดำเนินงานคัดกรอง ๗ กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐ ๓. ออกประเมิน KPI TB ๑๓ อำเภอ ๔. พัฒนาศักยภาพแพทย์จบใหม่ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๙ ๕. Dead case conference อำเภอที่พบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูง ๖. คืนข้อมูลการรักษา TPT	๑. ประชุม DOT Meeting ครั้งที่ ๒ ติดตามและสรุปผลการดำเนินงาน ๒. ประเมินผลคะแนน KPI รายอำเภอ ๓. Success rate ร้อยละ ๘๘ ๔. TB Treatment Coverage ร้อยละ ๙๐ ๕. ผุ้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีอัตราการขาดยา (loss follow-up) < ร้อยละ ๒ ๖. ผลงานการรักษา TPT วัณโรคระยะแฝง

๒. วิธีการประเมินผล : โปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ

๑. อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประเมินจากที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (เดือนตุลาคม–ธันวาคม ๒๕๖๘) โปรแกรม NTIP

๒. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ประเมินจากที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑-๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๘–๓๐ กันยายน ๒๕๖๙) โปรแกรม NTIP

๓. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๘–๓๐ กันยายน ๒๕๖๙) โปรแกรม NTIP

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

๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙-๖๐๔๐ E-mail : -
๒. นางสาวสายพิน ทองคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔ E-mail : saipinthong@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๐ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

๒. คำนิยาม

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

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

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

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

๒. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขและ กบรส.

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน

B : จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) X ๑,๐๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : รายงานผลเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๖ :

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

ปี ๒๕๖๗ :

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

ปี ๒๕๖๘ :

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

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนา ขับเคลื่อน ติดตาม ประเมินผล นโยบายและแผนงานระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิดให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และการเชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒. พัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ ส่งเสริมศักยภาพเพื่อเสริมสร้างทักษะ เช่น ประชุมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ เพิ่มพูนทักษะ แพทย์ พยาบาล ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรมเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนแรกเกิด (Birth asphyxia) และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (NEONATAL RESUSCITATION) วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบุคลากรผู้ดูแลการพยาบาลเด็กทารกแรกเกิด ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ให้มีความพร้อมในการดูแลทารกแรกเกิด (Newborn) และรักษาทารกป่วย รวมทั้งสร้างความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่าย ในจังหวัดมหาสารคาม

๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ให้เกิดการบูรณาการ งานปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อทารกแรกเกิด อย่างเคร่งครัด (Refer คุณภาพ)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. รับส่งต่อจากโรงพยาบาลที่สูงกว่าเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

๒. สามารถให้การรักษาทารกที่มี severe respiratory failure ด้วยยา และเครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง เช่น severe RDS, PPHN

๓. ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นทารกแรกเกิดที่สงสัยว่ามีภาวะ congenital heart disease/early detection ที่มี Ductus dependent และให้การรักษาด้วย PGE๑ ได้

๔. ให้การดูแลทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤต

๕. มีการเตรียมและใช้ TPN

๖. การทำหัตถการที่ซับซ้อน

๗. ให้การรักษาทารกที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัมได้

๘. ตรวจหาความผิดปกติในทารกกลุ่มเสี่ยง เช่น ROP, hearing screening head ultrasound

๙. สามารถให้การรักษาผู้ป่วยทารกที่มีปัญหาทางศัลกรรมได้ (pediatric surgery) เช่น gut obstruction, abdominal wall defect

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑ ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ ๓๕-๓๗ สัปดาห์ หรือน้ำหนักมากกว่า ๒,๐๐๐ กรัม ที่ปกติได้

๒. ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทารกที่ป่วยหนักหรือทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ < ๓๕ สัปดาห์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

แนวทางการดำเนินระดับตำบล

๑. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์

๒. ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ (antenatal care) ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามเกณฑ์

๓. สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) และส่งต่อได้เหมาะสม

๔. สามารถตรวจติดตามทารกแรกเกิด อายุครรภ์ครบกำหนด เมื่ออายุครบ ๗ วัน (seven day)

๕. คัดกรองความผิดปกติ ให้คำแนะนำ รวมทั้งส่งต่อได้อย่างเหมาะสม.

๖. สามารถให้การช่วยเหลือ (neonatal resuscitation) ในทารกแรกเกิดทุกรายได้อย่างเหมาะสม

๗. ตรวจประเมินและให้การดุแลทารกแรกเกิดปกติได้

๘. ให้การดูแลทารกแรกเกิดที่ป่วยสามารถคัดกรองทารกที่มีความเสี่ยงและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

๙. ให้การดูแลทารกโรคเรื้อรังได้รับการดูแลต่อที่บ้านได้ (Home care) เช่น OG feed

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางพิสมัย ศรีทำนา ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙ E-mail : pisamai.sri@gmail.com
๒. นางกฤษณา ศุภสระ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๖๖๘๒๔๒๗ E-mail : sonsena@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๑ ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. คำนิยาม

บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์

รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ

๐๓ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม

๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน

๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล

๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข

๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตาม องค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์
- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึง กัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทับหม้อเกลือ
- การพอกยาสมุนไพร

- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทยหรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย

๑. โรคสตรี: U๕๐ ถึง U๕๒
๒. โรคเด็ก: U๕๔ ถึง U๕๕
๓. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U๕๖ ถึง U๖๐
๔. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U๖๑ ถึง U๗๒
๕. โรคและอาการอื่น: U๗๔ ถึง U๗๕

รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑l๐๐ ถึง ๑l๐๘๑)

๑l๐๐	ผู้ป่วยได้รับการนวดเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑l๐๑	การบริการนวดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑l๐๒	ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑l๐๒๐	การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑l๐๓	ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน
๑l๐๔	การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน
๑l๐๕	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน
๑l๐๕๐	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอาบสมุนไพรที่บ้าน
๑l๐๕๑	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน
๑l๐๕๒	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน
๑l๐๕๓	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน
๑l๐๕๘	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน
๑l๐๖	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทับหม้อเกลือที่บ้าน
๑l๐๖๐	การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนั่งถ่านที่บ้าน
๑l๐๗	การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
๑l๐๗๐	การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน
๑l๐๗๑	การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริบาลทารกด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน
๑l๐๘	การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่นๆ ที่บ้าน
๑l๐๘๐	การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน
๑l๐๘๑	การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน

รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑l๑๐๐ ถึง ๑l๑๘๓)

๑l๑๐๐ การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)

๑l๑๐๑ การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น

๑l๑๐๒ การให้บริการสมาธิบำบัด

๑l๑๐๓ การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)

๑l๑๐๔ การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)

๑l๑๐๕ การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)

๑l๑๑๐ การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)

๑l๑๑๑ การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Caeb Diet)

๑l๑๑๒ การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)

๑l๑๑๓ การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน - เย็น

๑l๑๘๐ การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)

๑l๑๘๑ การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเรเรกิ เป็นต้น

๑l๑๘๒ การให้บริการกัวซา (Guasa)

๑l๑๘๓ การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหารและสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)

การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือ การบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน

๑. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U๗๘

๒. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification/ Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U๗๙

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

๔๓ แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/COMMUNITY_SERVICE)

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

๓. วิธีการเข้าดูผลงาน ในหน้า HDC กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

๑. เข้าไปที่ HDC กระทรวงสาธารณสุข หรือ HDC จังหวัดมหาสารคาม

๒. เลือกแถบเมนู รายงานมาตรฐาน

๓. เลือกหัวข้อ การเข้าถึงบริการ

๔. เลือกหัวข้อ แพทย์แผนไทย

๕. เลือกหัวข้อ ๑.๒๐ ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล

A : จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือ สั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือให้หัตถการแผนไทย (๑๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๙๙-๗๘-๘๘) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๑๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๙๙-๗๙-๙๙) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑I๐๐ ถึง ๑I๐๘๑) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑I๑๐๐ ถึง ๑I๑๘๓) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)

B : จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือ แพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ แพทย์แผนจีน ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๗๘ ถึง U๗๙

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร

๒. กลยุทธ์การยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

๓. กลยุทธ์เพิ่มการเข้าถึงและขยายบริการด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การส่งเสริมหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ให้มีแผนการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน และให้มีรายการยาสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย ๓ รายการ

๒. ส่งเสริมให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทย อย่างน้อย ๕ โรค/กลุ่มอาการ เช่น NCD LTC PC อาการดูแลหลังคลอด ผู้สูงอายุ และอาการเจ็บป่วย (Common Diseases) เบื้องต้น

๓. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อย ๑ หลักสูตร

๔. การประเมินมาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

๕. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙	E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. นางรัตนพร เสนาลาด	ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๓-๔๙๓๙๒๘๙	E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๓. นายสุริยา ขันทชาติ	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑	E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๔. นางสาวศุภลักษณ์ ขุราษี	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๔-๖๐๔๙๓๕๙	E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๕. นายณัฐดนัย ปัจจัยะโคถา	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๙๕-๒๙๖๔๗๖๖	E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)
โครงการที่ ๑๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๒ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยสิทธิ UC
๒. คำนิยาม

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง จำนวนเงินรวม (บาท) จากการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ (โดยตรวจสอบจากรหัสที่มาของยาที่เป็นเลข ๑ (หลักที่ ๒๕)

ยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ หมายถึง รายการยาที่มีรหัสยามาตรฐาน ๒๔ หลัก ขึ้นต้นด้วยเลข ๔๑ หรือ ๔๒ ตามลำดับ

หลักที่ ๒๕ หมายถึง ที่มาของตำรับยาแผนไทย (๑ หลัก) ได้แก่

๑. ยาแผนไทยที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. ยาแผนไทยที่เป็นยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ๒๗ ขนาน (เฉพาะส่วนที่ไม่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ)

๓. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับในคัมภีร์-ตำราการแพทย์แผนไทย ที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกรับรอง และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทย

๔. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ

๕. ยาแผนไทยที่ผลิตตามตำรับของหน่วยงานภาคเอกชน และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาบัญชียาแผนไทยฯ

๖. ยาแผนไทยที่ปรุงสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

ตัวอย่างเช่น

รหัสยาแผนไทย ๒๔ หลัก	รหัสที่มาของยา	TTMTID
๔๑๐๐๐๐๐๐๐๐๑๐๐๐๐๐๓๔๑๑๐๖๖๒	๑-	๙๐๐๐๐๐๒
๔๑๐๐๐๐๐๐๐๐๖๐๐๐๐๐๙๔๕๑๐๖๖๒	๑-	๙๐๐๐๐๑๘
๔๑๐๐๐๐๐๐๐๑๐๐๐๐๐๐๒๐๑๑๐๖๖๒	๑-	๙๐๐๐๐๒๕
๔๑๐๐๐๐๐๐๐๑๐๐๐๐๐๐๒๐๓๑๐๖๖๒	๑-	๙๐๐๐๐๓๙

สิทธิ UC หมายถึง ประเภทสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยสิทธิ UC	NA	NA	๓๒ ล้านบาท

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมการใช้และเพิ่มการเข้าถึงยาสมุนไพรในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน

๒. เพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นที่ยอมรับให้กับบุคลากรทางการแพทย์และประชาชน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รวบรวมข้อมูลการสั่งจ่ายยาสมุนไพรจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ของหน่วยบริการ

๒. ส่งออกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประมวลผลจำนวน (ครั้ง) และมูลค่า (ราคาขาย) การสั่งจ่ายยาสมุนไพร

๒. แหล่งข้อมูล

๑. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System) ใช้ข้อมูลตามแฟ้มและฟิวล์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

๑.๑ ข้อมูลแฟ้ม PERSON : HOSPCODE , PID , CID

๑.๒ ข้อมูลแฟ้ม SERVICE : HOSPCODE , SEQ , DATE_SERV , INSTYPE

๑.๓ ข้อมูลแฟ้ม PROVIDER : PROVIDERTYPE

๑.๔ ข้อมูลแฟ้ม DRUG_OPD : HOSPCODE , PID , SEQ , DIDSTD , AMOUNT, DRUGPRICE

๒. ข้อมูลจากบริการข้อมูลเปิดเผยภาครัฐ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (OPEN Data by MOPH) รายงาน OPD-อันดับการใช้ยาสมุนไพร (s_ttm๔) ผ่านเว็บไซต์ https://opendata.moph.go.th/

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวน (ครั้ง)ของผู้รับบริการที่ได้รับการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ (สิทธิ UC)

B : จำนวนมูลค่าการสั่งจ่าย (บาท) ของการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยคำนวณจากจำนวนครั้ง (สิทธิ UC) x อัตราจ่ายบาทต่อคอร์สการรักษา

สูตรการคำนวณ : A x B

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ทำแผนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ การส่งเสริมใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในสถานบริการ

๒. มีการจัดหรือเข้าร่วมประชุม/อบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้การใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ อย่างน้อย ๑ ครั้ง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำกรอบบัญชียาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติในโรงพยาบาล ครอบคลุมอย่างน้อย ๑๐ กลุ่มโรค Common Disease

๔. จัดหายาสมุนไพรให้มีความพร้อมใช้ของยาสมุนไพร โดยมีอัตราการขาดยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติจากคลังยา น้อยกว่าร้อยละ ๒๐

๕. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในระบบบริการ และข้อมูลที่ส่ง E-claim ถูกต้องตามเกณฑ์ของ สปสช.

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๔๕๙๐๑ E-mail : rattawadee๒๕๑๙@gmail.com
๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๓-๔๙๓๙๒๘๙ E-mail : ratta.by๒๖๘@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๐ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๓ ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community based)

๒. คำนิยาม

การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพนภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องไดรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙

คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย

อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นไดจากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทไดรับ บาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโธคมาวาตา และลมอุทธังคมาวาตาพัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ไดรับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙

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

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

๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่ม รายการยารักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก ยาแกลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I๖๐
- เลือดออกในสมองใหญ่: I๖๑
- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไมเกิดจากการบาดเจ็บ: I๖๒
- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๓
- โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไมระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๔
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไมทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๕
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไมทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๖
- โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I๖๗
- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไวที่อื่น: I๖๘
- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I๖๙

๒. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

- อัมพฤกษ์หรือลมอัมพฤกษ์: U๖๑.๐
- อัมพาตครึ่งซีก: U๖๑.๑๐
- อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U๖๑.๑๑
- อัมพาตทั้งตัว: U๖๑.๑๒
- อัมพาตเฉพาะแขน: U๖๑.๑๓
- อัมพาตเฉพาะขา: U๖๑.๑๔
- อัมพาตหนา: U๖๑.๑๕
- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๘
- อัมพาต ไมระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๙ ควบคูกับการให้หัตถการแผนไทย (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือการสั่งจ่ายยา สมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ ในพื้นที่รับผิดชอบใน สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๓. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลัก ขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมากอน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากโรคหลอดเลือด สมอง ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U๗๘.๑๑๐
- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U๗๘.๑๑๑
- โรคตามมาจากโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U๗๘.๑๑๒

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U๗๘.๑๑๓

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เสนจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U๗๘.๑๑๔

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลวง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U๗๘.๑๑๕

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U๗๘.๑๑๖

- อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U๗๘.๑๑๗

ควบคูกับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

๙๙๙๑๘๐๑ Electo-acupuncture therapy

๙๙๙๑๘๑๐ Single-handed needle insertion

๙๐๒๑๘๐๑ Subcutaneous electro-needling

๙๙๙๑๘๑๑ Double-handed needle insertion

๙๐๓๑๘๐๑ Muscle electro-needling

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community based)	N/A	N/A	ร้อยละ ๒๕

๔. วัตถุประสงค์

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

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. อ้างอิงข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๒. ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)

๓. ข้อมูลการส่งต่อกลับ (Refer back) จากโรงพยาบาลแม่ข่าย

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ไดรับบริการแพทยแผนไทยฯ (คน) ซึ่งไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นดวย I๖๐-I๖๙ ควบคูกับ U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ และให้ หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มี รหัส ขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัว มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐-I๖๙ ควบคูกับ U๗๘.๑๑๐ ถึง U๗๘.๑๑๗ และให้หัตถการแพทย์แผนจีน ๙๙๙๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๐ หรือ ๙๐๒๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๑ หรือ ๙๐๓๑๘๐๑ อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

B : จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งไดรับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นดวย I๖๐ ถึง I๖๙ ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. กลยุทธ์การพัฒนาระบบบริการแบบบูรณาการเชื่อมโยงการระหว่างแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนปัจจุบัน

๒. กลยุทธ์การยกระดับคุณภาพและมาตรฐานการบริการ

๓. กลยุทธ์เพิ่มการเข้าถึงและขยายบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๔. กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริมให้มีระบบการคัดกรองผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. ส่งเสริมให้มีการจัดระบบส่งต่อกลับ (Refer back) เพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน

๓. การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อย ๑ หลักสูตร

๔. การประเมินมาตรฐานการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย

๕. การพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านการแพทย์แผนไทย

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๑๒๖๗๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

๒. นางรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๓-๔๙๓๙๒๘๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

๓. นายสุริยา ขันทชาติ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

๔. ชื่อ-สกุล นางสาวศุภลักษณ์ ขุราษี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๔-๖๐๔๙๓๕๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๕. ชื่อ-สกุล นายณัฐดนัย ปัจจัยะโคถา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย
โทรศัพท์ ๐๙๕-๒๙๖๔๗๖๖ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

๒. คำนิยาม :

การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การเสียชีวิต จากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้ง ใจจะให้ตาย จากพฤติกรรมนัน ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD-๑๐ หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัย ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน
๒. เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง๕๐๖s version ๑๑

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง ๕๐๖s version ๑๑

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

B : จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๙

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐

หมายเหตุ : ไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๘ สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๙

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาสที่ ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต
๒. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวช
๓. ขับเคลื่อนและผลักดัน มาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ
๔. พัฒนาวิชาการและกลไก การดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชาสัมพันธ์ ๑๐ สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
๒. สอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตาย และวิเคราะห์สถานการณ์
๓. กำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหา โดยชุมชน
๔. ขับเคลื่อนงานด้วยระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด
๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขและ อสม.
๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน การนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com
๒. นางเยาวพาณี คำด้วง ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ - E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๑ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ
๒. คำนิยาม

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง แต่ไม่ถึงกับเสียชีวิต โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของการพยายาม ฆ่าตัวตาย อาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการทำร้ายตนเองหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่๑๐ (ICD-๑๐ :International Classification of Diseases and Health Related Problems-๑๐) หรือตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ๕)

การเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับบริการดูแล ช่วยเหลืออย่างถูกต้อง เหมาะสม ตามแนวทาง ๗ กิจกรรม ดังนี้ ๑) ได้รับการช่วยชีวิตและ ยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที ๒) ได้รับการ วินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) ๓) ได้รับการ สอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง เพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูล ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และด่านกั้น รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน ๔) ได้รับการช่วยเหลือขจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้นและ ปัจจัยเสี่ยง ๕) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องและด่านกั้น การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย ๖) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการเสริมสร้างความรู้และทักษะ สังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบ เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และ ๗) ได้รับการเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินความคิดและ การกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง เช่น ได้รับการประเมิน ๘Q ทุกครั้งที่มารับบริการ หรือประเมินระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน (หมายเหตุ : กิจกรรมที่ ๔-๕ อาจทดแทนกิจกรรมของการดูแลช่วยเหลือตามมาตรฐาน ด้วยวิธีอื่นหรือได้รับ Intervention อื่นๆ เช่น Counseling, Psychotherapy, Family Counseling การรักษา ด้วยยา เป็นต้น ส่งผลให้ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำภายในระยะเวลา ๑ ปี)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

๑) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากการรายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง (รง ๕๐๖ S version ๑๑)

๒) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional Sel-harm (X๖๐-X๘๔)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘-๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย รวบรวมจาก รายงานเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.๕๐๖s V.๑๑ อ้างอิงจาก https://๕๐๖s.dmh.go.th และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมจากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข: ร้อยละการเข้าถึงบริการ อ้างอิงจาก https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-subcatalog

๖. รายการข้อมูล

A : รายงานเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง รง.๕๐๖s V.๑๑

B : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional Self-harm(X๖๐-X๘๔)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘-๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต

๒. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวช

๓. ขับเคลื่อนและผลักดัน มาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๔. พัฒนาวิชาการและกลไก การดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชาสัมพันธ์ ๑๐ สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

๒. สอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตาย และวิเคราะห์สถานการณ์

๓. กำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหา โดยชุมชน

๔. ขับเคลื่อนงานด้วยระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด

๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข และ อสม.

๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน การนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com
๒. นางเยาวพาณี คำด้วง ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ - E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๒. คำนิยาม

การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสม จากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD – ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD๑๐ หมวด F๓๒.x, F๓๓.x, F๓๔.๑, F๓๘.x และ F๓๙.x ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จนถึงในปีงบประมาณ ๒๕๖๙

พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังป้องกันภาวะซึมเศร้าของประชาชน และนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการคำนวณ คือ ร้อยละ ๒.๗ จากจำนวนประชากร ๑๕ ปี ขึ้นไป (ผลงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕)

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ สะสมมาจนถึง ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในเขตจังหวัดมหาสารคาม

B : จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มาจากการคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ในเขตจังหวัดมหาสารคาม

(ความชุกที่ประมาณการฯ คำนวณจาก: ร้อยละ ๒.๗ จากจำนวนประชากร ๑๕ ปี ขึ้นไป)

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาสที่ ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต

๒. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวช

๓. ขับเคลื่อนและผลักดัน มาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๔. พัฒนาวิชาการและกลไก การดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชาสัมพันธ์สัญญาณเตือนเสี่ยงซึมเศร้า และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

๒. เร่งรัดการคัดกรอง นำส่งเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต วินิจฉัยและวิเคราะห์แนวโน้ม

๓. กำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหาโดยชุมชน บูรณาการร่วมกับภาครัฐและเอกชน/สถานศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. ขับเคลื่อนงานด้วยระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด

๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข และ อสม.

๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน การนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๓ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี
๒. คำนิยาม

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ประชาชนผู้ที่เคยมีประวัติของการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และ ได้รับการดูแล บำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ ได้รับการเฝ้า ระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย ไม่กลับมาทำร้าย ตนเองซำอีกครั้งภายใน ๑ ปี

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ประชาชนที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต หรือเปลี่ยนสภาพการดำเนินชีวิตที่ทุกข์ทรมานแต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรค ระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ ๑๐ (ICD–๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems-๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และมารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ทั้งรายเก่าและรายใหม่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง๕๐๖s version ๑๑

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง ๕๐๖s version ๑๑

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการจนปลอดภัยและไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

B : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย (ตามหลักการวินิจฉัย หมวด Intentional Self-harm(X๖๐-X๘๔)) จาก Health Data Center (HDC) กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘-๓๐ กันยายน ๒๕๖๙

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผลิ : ไตรมาสที่ ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต

๒. พัฒนาระบบบริการ สุขภาพจิตและจิตเวช

๓. ขับเคลื่อนและผลักดัน มาตรการทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๔. พัฒนาวิชาการและกลไก การดำเนินงาน ด้านสุขภาพจิต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประชาสัมพันธ์ ๑๐ สัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

๒. พัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด, กำนดมาตรการขจัดหรือบรรเทาปัจจัยเสี่ยง ขจัดปัจจัยกระตุ้น สร้างเสริมปัจจัยปกป้อง, สนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองในจังหวัด ๓ อย่างครอบคลุม รวดเร็วและทันเหตุการณ์, ช่วยหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

๓. กำหนดมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหา โดยชุมชน

๔. ขับเคลื่อนงานด้วยระบบ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและยาเสพติด

๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขและ อสม.

๖. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน การนำนโยบายสู่การปฏิบัติด้วยทางกฎหมาย สังคม และสวัสดิการ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com
๒. นางเยาวพาณี คำด้วง ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ - E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๔ ร้อยละของเด็กสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง เด็กอายุระหว่าง ๖-๑๕ ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น (Attention-deficit/ hyperactivity disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD–๑๐: International Classification of Diseases and Health Related Problems-๑๐) หมวด F๙๐.๐-๙๐.๙ หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)

เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง ๖-๑๕ ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับรพศ./รพท./รพช./รพสต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑.ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ๔๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๒

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตามผู้ป่วยสมาธิสั้นได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งที่ส่งข้อมูลตามมาตรฐานเข้าระบบ HDC

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นเข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC กระทรวงสาธารณสุข) ดังนี้

- จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัด (คนต่อหน่วยบริการ)
- จำนวนผู้ป่วยสะสมทั้งหมดที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในจังหวัด/ AHB (คน)

หมายเหตุ : ตัดผู้ป่วยสมาธิสั้นที่มีอายุเกิน ๑๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน (ณ ๑ มกราคม ของทุกปี)

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นอายุ ๖-๑๕ ปี ในเขตจังหวัดมหาสารคาม

B : จำนวนประชากรประจำปีที่ผ่านมา อายุ ๖-๑๕ ปี ในเขตจังหวัดมหาสารคาม X ๐.๐๕๔

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การคัดกรองสมาธิสั้นผ่านงานอนามัยโรงเรียน /school health hero
๒. การคัดกรองเด็กสมาธสั้นผ่านสถานศึกษาปลอดภัย
๓. การคัดกรองในชุมชน DSPM และ TEDA๔I
๔. บูรณาการร่วมกับงานเวชปฏิบัติชุมชนในการติดตามให้ความรอบรู้สุขภาพจิต
๕. ติดตามระบบ refer back จากโรงพยาบาลมหาสารคามสู่โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ติดตามคณทำงาน/ทีมงานที่ทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง
๒. ติดตามการคัดกรองเชิงรุกร่วมกับชุมชนโรงเรียนตามแนวทางวิธีที่เหมาะสมกับบริบท
๓. ติดตามการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อมูลระบุกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการคัดกรอง
๔. มีระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาล โรงเรียน และผู้ปกครอง

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com
๒. นางจารุวรรณ วรสาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๖๗๕๓๕๕๔ E-mail : enjoyfamous@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ
๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-๑๐ โดยบันทึก ตามรหัสโรคของ ICD-๑๐ โรคจิตเภท (F๒๐.xx-F๒๙.xx) โรคซึมเศร้า (F๓๒.xx, F๓๓.xx, F๓๔.๑, F๓๘.xx, F๓๙) โรคอารมณ์สองขั้ว (F๓๐.xx-F๓๑.xx) และโรคจิตจากสารเสพติด (F๑๐.xx-F๑๙.xx ยกเว้น F๑๗.xx) และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมิน SMI-V ในรหัสบริการ ส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) มีรหัสอยู่ในช่วง ๑B๐๓๐-๑B๐๓๓ ดังต่อไปนี้

๑B๐๓๐	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
๑B๐๓๑	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
๑B๐๓๒	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจงเช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย
๑B๐๓๓	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรงในคดีอาชญากรรม รุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง จากสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช/ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย ๒ ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ โดยมีการ ประสานงาน ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตาม ประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

๑B๐๓๗	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากร ปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่คำนวนจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง ๔ โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิด รุนแรง (Major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alcohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI-V ที่ร้อยละ ๑๑.๙๒ และข้อมูลประชากรกลางปีใน ปีก่อนหน้า ในช่วง อายุ ๑๕–๖๐ ปี หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต ๒๕๖๖ : schizophrenia ๐.๗๘/ bipolar disorder ๐.๐๖/major depression ๒.๒๘/alcohol and drug addiction ๑.๒๕ (รวมความชุก SMI = ๔.๓๗)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อติดตาม เฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ไม่ให้กลับมาก่อความรุนแรงซ้ำทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) โดยมี**เอกสารสนับสนุนจาก**มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๖. รายการข้อมูล

A : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

B : ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับ ประชากรปีก่อนหน้า

หา Estimate SMI= (ค่าความชุก ๔.๓๗/๑๐๐) x ประชากรกลางปี ๒๕๖๗ (๑๕-๖๐ ปี) (*Prevalence : Schizophrenia ๐.๗๘/Bipolar ๐.๐๖/Major depressive ๒.๒๘/Drug dependence ๑.๒๕ จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต ๒๕๖๖) ๔.๓๗x๔,๒๓๑๒,๐๐๕ = ๑,๘๔๙,๐๓๕ คน ๑๐๐

๒. หา Estimate SMI-V = (๑๑.๙๒/๑๐๐) x Estimate SMI (ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V รพจ. ขอนแก่น ๑ ต.ค.๒๕๖๔-๓๑ พ.ค. ๒๕๖๖ = ๑๑.๙๒%) ๑,๘๔๙,๐๓๕ X๑๑.๙๒ = ๒๒๐,๔๐๕ คน)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง

๒. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวชสำหรับบุคคลคลุ้มคลั่ง PEMS

๓. ขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด V-Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๔. ติดตามคณทำงาน/ทีมงานที่ทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การคัดกรองและค้นหา: ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชนโดยใช้ "๕ สัญญาณเตือน" เพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแล

๒. การจัดการรายกรณี (Case Management):

- ใช้ข้อมูลผู้ป่วย (ประวัติ, สังคม, จิตใจ) เพื่อวางแผนดูแลรายบุคคล.
- ทีมงานสหวิชาชีพ (หมอ, พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, ตำรวจ, พัฒนาสังคมฯ) ร่วมกันวางแผนดูแล

๓. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Community-based Care):

- เยี่ยมบ้าน: ติดตามอาการ, ประเมินความเสี่ยง, ดูแลการกินยา, และช่วยเหลือด้านสังคม/จิตใจ.
- เฝ้าระวังและสังเกตอาการ: ฝึกชุมชนให้รู้สัญญาณเตือนเพื่อแจ้งหน่วยงาน.
- ส่งเสริมการปรับตัว: สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม และกลับสู่สังคม.

๔. การส่งต่อ (Referral): มีระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน.

๕. การบูรณาการ: ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ, พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงแรงงาน เข้าร่วมในทีมดูแลระดับตำบล.

๖. ระบบเทคโนโลยี: ใช้ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และโปรแกรมที่เกี่ยวข้องเพื่อบันทึกและติดตาม.

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com
๒. นางกนกวรรณ รุ่งศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๗๓๓๗๔๑๖ E-mail :

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๑: โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๕.๑ ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

๒. คำนิยาม

บริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-๑๐ โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD-๑๐ โรคจิตเภท (F๒๐.xx-F๒๙.xx) โรคซึมเศร้า (F๓๒.xx, F๓๓.xx, F๓๔.๑, F๓๘.xx, F๓๙) โรคอารมณ์สองขั้ว (F๓๐.xx-F๓๑.xx) และโรคจิตจากสารเสพติด (F๑๐.xx - F๑๙.xx ยกเว้น F๑๗.xx) และได้รับการคัดกรองตามเกณฑ์การประเมิน SMI-V ในรหัสบริการ ส่งเสริมป้องกันเฉพาะ (SPECIALPP) มีรหัสอยู่ในช่วง ๑B๐๓๐-๑B๐๓๓ ดังต่อไปนี้

๑B๐๓๐	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
๑B๐๓๑	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ ก่อเหตุการณ์รุนแรงในชุมชน
๑B๐๓๒	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรง มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจงเช่น ระบุชื่อคนที่จะมุ่งร้าย
๑B๐๓๓	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด พบก่อความรุนแรงในคดีอาชญากรรม รุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน อนาจาร วางเพลิงและความผิดต่อเสรีภาพ)

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง หมายถึง ผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง จากสถาบัน/ โรงพยาบาลจิตเวช/ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพจากสถานบริการใดก็ได้ (อย่างน้อย ๒ ครั้งในปีงบประมาณ) นับจากวันที่มารับบริการครั้งแรกในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ โดยมีการ ประสานงาน ส่งต่อ และติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทางสาธารณสุข และ/หรือนัดมาติดตาม ประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) และมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด ก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

๑B๐๓๗	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชก่อความรุนแรง ได้รับการติดตาม

ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการได้รับการ ดูแลต่อเนื่อง และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ครั้ง ในปีงบประมาณ และไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับประชากร ปีก่อนหน้า หมายถึง ค่าประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่คำนวนจากความชุกของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดชนิดรุนแรง ๔ โรค ได้แก่ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคกลุ่มจิตเภท (Schizophrenia) กลุ่มอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) กลุ่มอารมณ์ซึมเศร้าชนิด รุนแรง (Major depression) และกลุ่มติดยาและแอลกอฮอล์ (Alcohol and Drug Addiction) ร่วมกับผลการศึกษาข้อมูล SMI เทียบกับ SMI-V ที่ร้อยละ ๑๑.๙๒ และข้อมูลประชากรกลางปีใน ปีก่อนหน้า ในช่วง อายุ ๑๕–๖๐ ปี หมายเหตุ ค่าความชุก (Prevalence) จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต ๒๕๖๖ : schizophrenia ๐.๗๘/bipolar disorder ๐.๐๖/major depression ๒.๒๘/alcohol and drug addiction ๑.๒๕ (รวมความชุก SMI = ๔.๓๗)

พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพเข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลต่อเนื่องและไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) เข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษา

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต รวบรวมและสรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC) โดยมีเอกสารสนับสนุนจากมาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

๖. รายการข้อมูล

A : ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรงที่บันทึกเข้าระบบบริการ

B : ประมาณการผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง (SMI-V) ในเขตสุขภาพ เทียบกับ ประชากรปีก่อนหน้า

หา Estimate SMI= (ค่าความชุก ๔.๓๗/๑๐๐) x ประชากรกลางปี ๒๕๖๗ (๑๕-๖๐ ปี) (*Prevalence : Schizophrenia ๐.๗๘ / Bipolar ๐.๐๖ / Major depressive ๒.๒๘ / Drug dependence ๑.๒๕ จากผลระบาดวิทยาสุขภาพจิต ๒๕๖๖) ๔.๓๗x๔,๒๓๑๒,๐๐๕ = ๑,๘๔๙,๐๓๕ คน ๑๐๐ ๒. หา Estimate SMI-V = (๑๑.๙๒ / ๑๐๐) x Estimate SMI
(ข้อมูลสะสม SMI เทียบ SMI-V รพจ.ขอนแก่น ๑ ตค.๖๔-๓๑ พค. ๖๖ = ๑๑.๙๒%) ๑,๘๔๙,๐๓๕ X๑๑.๙๒ = ๒๒๐,๔๐๕ คน)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาสที่ ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบจัดการข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดก่อความรุนแรง

๒. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเฉพาะทางจิตเวชสำหรับบุคคลคลุ้มคลั่ง PEMS

๓. ขยายผลระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด V-Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๔. ติดตามคณทำงาน/ทีมงานที่ทำงานร่วมกับชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑.การคัดกรองและค้นหา: ค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในชุมชนโดยใช้ "๕ สัญญาณเตือน" เพื่อนำเข้าสู่ระบบการดูแล

๒.การจัดการรายกรณี (Case Management):

- ใช้ข้อมูลผู้ป่วย (ประวัติ, สังคม, จิตใจ) เพื่อวางแผนดูแลรายบุคคล.
- ทีมงานสหวิชาชีพ (หมอ, พยาบาล, นักสังคมสงเคราะห์, ตำรวจ, พัฒนาสังคมฯ) ร่วมกันวางแผนดูแล

๓. การดูแลต่อเนื่องในชุมชน (Community-based Care):

- เยี่ยมบ้าน: ติดตามอาการ, ประเมินความเสี่ยง, ดูแลการกินยา, และช่วยเหลือด้านสังคม/จิตใจ.
- เฝ้าระวังและสังเกตอาการ: ฝึกชุมชนให้รู้สัญญาณเตือนเพื่อแจ้งหน่วยงาน.
- ส่งเสริมการปรับตัว: สนับสนุนให้ผู้ป่วยทำกิจกรรม และกลับสู่สังคม.

๔. การส่งต่อ (Referral): มีระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน.

๕. การบูรณาการ: ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ, พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวงแรงงาน เข้าร่วมในทีมดูแลระดับตำบล.

๖. ระบบเทคโนโลยี: ใช้ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม และโปรแกรมที่เกี่ยวข้องเพื่อบันทึกและติดตาม.

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิต และยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster๒gmail.com
๒. นางกนกวรรณ รุ่งศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๗๓๓๗๔๑๖ E-mail :

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๒ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ๕ สาขาหลัก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๖ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ข้อมูลที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ข้อมูล ที่ ๑) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน ๔.๒-๔.๔

ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ข้อมูลที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP≥๖๕ mm Hg และ มีค่า serum lactate level >๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม

๑. อัตราตายจาก community-acquired sepsis
๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis

กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนา ให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อน้าไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ข้อมูลที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ ๒) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥๖๕ mm Hg และ มีค่า serum lactate level >๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม
๒. qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ข้อมูลที่ ๓)
๓. SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อ ขึ้นไป (ข้อมูลที่ ๔)
๔. Modified Early Warning Score (MEWS) (ข้อมูลที่ ๕) หรือ NEWS ๒ ตั้งแต่ ๕ ข้อ ขึ้นไป

ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา ได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

ข้อมูลประกอบคำนิยาม

<u>ข้อมูลที่ ๑</u>. SIRS (Systemic inflammatory response)

๑.๑ Temperature > ๓๘ C or < ๓๖ C

๑.๒ Heart rate > ๙๐ beats/min

๑.๓ Respiratory rate > ๒๐/min หรือ $PaCO_2$ < ๓๒ mmHg

๑.๔ WBC > ๑๒,๐๐๐ mm๓, < ๔,๐๐๐/mm๓, หรือมี band form > ๑๐%

<u>ข้อมูลที่ ๒</u>. Tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction

๒.๑ มีภาวะ Hypotension

๒.๒ ค่า blood lactate level > ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL)

๒.๓ Urine output < ๐.๕ L/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม. แม้ว่าจะได้รับสารน้ำเพียงพอ

๒.๔ Acute lung injury ที่มี PaO_2/FiO_2 < ๒๕๐ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ

๒.๕ Acute lung injury ที่มี PaO_2/FiO_2 < ๒๐๐ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ

๒.๖ Creatinine > ๒.๐ mg/dL (๑๗๖.๘ µmol/L)

๒.๗ Bilirubin > ๒ mg/dL (๓๔.๒ µmol/L)

๒.๘ Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ µL

๒.๙ Coagulopathy (international normalized ratio > ๑.๕ หรือ aPTT > ๖๐ วินาที)

<u>ข้อมูลที่ ๓</u>. qSOFA (auick SOFA) score

๓.๑ Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)

๓.๒ Systolic blood pressure ≤ ๑๐๐ mmHg

๓.๓ Respiratory rate ≥ ๒๒/min

<u>ข้อมูลที่ ๔</u>. SOS score (search out severity)

Score	๓	๒	๑	๐	๑	๒	๓
Temp		≤ ๓๕	๓๕.๑-๓๖	๓๖.๑-๓๘	๓๘.๑-๓๘.๔	≥ ๓๘.๕	
Sys BP	≤ ๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๘๐	๑๘๑-๑๙๙	≥ ๒๐๐	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
HR	≤ ๔๐		๔๑-๕๐	๕๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๒๐	๑๒๑-๑๓๙	≥ ๑๔๐
RR	≤ ๘	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		๙-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๕	≥๓๖
Neuro			**สับสน** กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	**ตื่นดี** พูดคุยรู้เรื่อง	**ซึม** แต่เรียกแล้วลืมตา สลึมสลือ	**ซึมมาก** ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	**ไม่รู้สึกตัว** แม้จะกระตุ้น แล้วก็ตาม
ยากระตุ้นความดันโลหิต = Dopamine, Levophed, Dobutamine, Adrenaline							

<u>ข้อมูลที่ ๕</u> Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤๗๐	+๓
๗๑-๘๐	+๒
๘๑-๑๐๐	+๑
๑๐๑-๑๙๙	๐
≥๒๐๐	+๒
Heart rate (beats per minute)	
<๔๐	+๒
๔๑-๕๐	+๑
๕๑-๑๐๐	๐
๑๐๑-๑๑๐	+๑
๑๑๑-๑๒๙	+๒
≥๑๓๐	+๓
Respiratory rate (beats per minute)	
<๙	+๒
๙-๑๔	๐
๑๕-๒๐	+๑
๒๑-๒๙	+๒
≥๓๐	+๓
Temperature in °C (°F)	
<๓๕ (<๙๕)	+๒
๓๕–๓๘.๔ (๙๕–๑๐๑.๑๒)	๐
≥๓๘.๕°C (๑๐๑.๓)	+๒

Interpretation

- A score ≥ ๕ is statistically liked to increased likelihood of death or admission to intensive to an intensive care unit
- For any single physiological parameter scored +๓, consider higher level of care for patient

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๔	ร้อยละ ๓๒.๖๒	ร้อยละ ๓๐.๓๘	ร้อยละ ๒๕.๐๗

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD ๑๐ โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ แห่ง

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวการณ์ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่รับรวม ที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

B : จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่รับรวม ที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น

C : จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวการณ์ติดเชื้อ ในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่รับรวม ที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น

D : จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD ๑๐ รหัส ๖๕.๑ และ ๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่รับรวม ที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาอายุรกรรม มีความชัดเจน

๒. ผู้บริหารสนับสนุนในการดำเนินงาน

๓. ทีมสหวิชาชีพมีการดำเนินงานเป็นทีม

๔. ระบบการประสานงานระหว่างเครือข่ายมีประสิทธิภาพ

๕. ใช้เทคโนโลยีมาเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วย เช่น ระบบ Telemedicine

๖. การเข้าถึงการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วของผู้ป่วย

๗. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง

๘. การสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ อย่างเพียงพอ เช่น ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมืออุปกรณ์ และการเพิ่มศักยภาพในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. มีคณะทำงาน Sepsis เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

๒. มีผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Case Manager) ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลอย่างน้อย ๑ คน เพื่อติดตามตัวชี้วัดและแจ้งผลให้คณะทำงานรับทราบ

๓. สร้างระบบ Fast Track ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรงเข้ารับการรักษา ICU ภายใน ๓ ชั่วโมง

๔. ให้ความรู้ประชาชน : อาการติดเชื้อ/อาการที่รีบมาพบแพทย์ การปฏิบัติตัว และเพื่อลดการติดเชื้อ

๕. ประชาสัมพันธ์การใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๖. มีระบบรายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลส่ง สสจ. ทุกเดือน

๗. จัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๘. ผลักดันให้ รพช. ตั้ง Crisis corner ใน รพช. ที่ไม่มี โดยเป็นการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ นอก ICU

๙. พัฒนาระบบติดตามประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ หลังกลับจากโรงพยาบาล

๑๐. ผลักดันการมีส่วนร่วมของผู้นำเชิงสุขภาพในชุมชนในการเฝ้าระวัง /ป้องกัน Sepsis ในกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และสร้าง Health literacy

๑๑. มีการทบทวน Case ร่วมกัน เพื่อพัฒนาระบบในโรงพยาบาลและเครือข่าย

๑๒. มีระบบรายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลส่ง สสจ.ทุกเดือน

๑๓. มีการเขียนสรุปการปฏิบัติที่ดี (Best Practice) อย่างน้อย ๑ เรื่อง

๑๔. มีการเขียนสรุปนวัตกรรม (Innovation) ทุกประเภท อย่างน้อย ๑ เรื่อง

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘๒๐๓๖ E-mail : -
๒. นางศิรประภา สุวรรณพัฒน์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๙๐๔๕๖๓ E-mail : sira.ssj๙๙@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ : ๑๓ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคหัวใจ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๗ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๒. คำนิยาม

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)

อัตราตายในผู้ป่วย STEMI

๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉิน และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)

๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙	< ร้อยละ ๙

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐- WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ทั้งหมด

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก HDC

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO - I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด

B : จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

Pre-Hospital : ลดระยะเวลา Onset-to-First Medical Contact และเพิ่มสัดส่วนผู้ป่วยที่เข้าสู่ **Fast Track STEMI ผ่าน EMS ๑๖๖๙**

- ยกระดับการรณรงค์เรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS จากการสื่อสารทั่วไป ⟶ การสร้าง “พฤติกรรมตอบสนองฉุกเฉิน” ของประชาชน
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk และ Mapping CVD Risk เชิงพื้นที่ เพื่อมุ่งป้องกันเชิงรุก
- เสริมศักยภาพ รพ.สต./ตำบล ในการคัดกรองอาการ STEMI เบื้องต้น และให้ ASA ทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้
- ใช้ทรัพยากรท้องถิ่น (อปท., โรงเรียน, วิทยุชุมชน) สร้าง Heart Attack Awareness

In-Hospital : ลดอัตราตาย STEMI ด้วยระบบ Fast Track ที่รวดเร็ว มาตรฐานเดียวกัน และเชื่อมโยงทั้งเครือข่าย

- พัฒนาและใช้ Fast Track STEMI แบบจังหวัดเดียวกัน
- Line Refer MKH STEMI
- ระบบ consult แพทย์–Nurse Case Manager ตลอด ๒๔ ชม.
- ยกระดับการดูแลตาม CPG STEMI ครอบคลุม รพ.ทุกระดับ (F–M–ศูนย์)
- สนับสนุน ยา STEMI จำเป็น
- กระจาย Dual Anti-platelet, Beta-blocker ลงถึง รพ.ระดับ F
- วางแผนจัดซื้อยาร่วมระดับเขตเพื่อลดต้นทุน
- เชื่อมโยง Fast Track STEMI กับ โรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย
- พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล เภสัช)

Post-Hospital : ลดการเสียชีวิตซ้ำ การเกิด STEMI ซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนระยะยาว

- พัฒนา ระบบ Refer back และ Home Visit ตาม CPG
- ใช้ ACS Registry เป็นฐานข้อมูลติดตามต่อเนื่อง เชื่อมจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
- ขับเคลื่อน Secondary Prevention อย่างเป็นระบบ
- การกินยาต่อเนื่อง
- ควบคุมปัจจัยเสี่ยง (BP, DM, Lipid, Smoking)
- เสริมบทบาท Nurse Case Manager, Care Giver และ Health Station ในการติดตามผู้ป่วย

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท.

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

๓. พัฒนาระบบ consult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งใน ส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI

๔. CPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back

๕. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง

๖. Secondary prevention

๗. พัฒนาระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์และ เชื่อมโยงสู่ชุมชน

๘. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัช

๙. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง ๕ ครั้ง/ปี ตาม Zone

๑๐. วางแผนจัดซื้อยาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา

๑๑. มีการกระจายยา Dual Anti-platelet, Beta block ลงสู่ โรงพยาบาลระดับ F อย่างทั่วถึง

๑๒. สนับสนุนและเชื่อมโยงบริการ Fast track STEMI กับ โรงพยาบาลเอกชนและมหาวิทยาลัย

๑๓. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท.

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

๓. พัฒนาระบบ consult ทุกประเภทให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งใน ส่วนของแพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line : Refer MKH STEMI (ในส่วน รพช. Line Consult เฉพาะอำเภอ)

๔. CPG การดูแลผู้ป่วย/คู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back

๕. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหัวใจ ป้องกันโรค/เฝ้าระวัง

๖. เชื่อมโยงระบบฐานข้อมูล โปรแกรม ACS Registry ให้สมบูรณ์ และสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้

๗. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแต่ละวิชาชีพ

๘. ติดตามนิเทศลูกข่ายอย่างต่อเนื่อง

๙. วางแผนจัดซื้อยาร่วมในระดับเขต เพื่อต่อรองราคา

๑๐. จัดให้มียาDual Anti-platelet, Beta block ในโรงพยาบาล ระดับ M-F อย่างทั่วถึงเพื่อรองรับการRefer back

๑๑. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. รณรงค์การเรียกใช้ ๑๖๖๙ EMS ร่วมกับ อปท.

๒. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วย CVD Risk, Mapping CVD Risk รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง

๓. Primary prevention คู่มือประชาชน/สติ๊กเกอร์เรื่องผู้ป่วย STEMI รณรงค์ให้ประชาชน มีความรู้เรื่องโรคหัวใจ รณรงค์ป้องกันโรค NCD/เฝ้าระวัง โดยใช้Resourceจากท้องถิ่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน รณรงค์ให้โรงเรียนมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรค ป้องกันสาเหตุและปัจจัยเกิดโรคกับครอบครัว

๔. CPG การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

๕. จัดให้มียา ASA

๖. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต ตำบล หมู่บ้าน การคัดกรอง อาการโรคหัวใจเบื้องต้น

๗. พัฒนาระบบ consult ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทั้งในส่วนของ แพทย์และ nurse case manager Fast track STEMI, Line Consult จาก รพ.สต. ถึง รพช.

๘. มีคู่มือและแบบประเมินการเยี่ยมบ้าน Refer back ๙. มีคณะกรรมการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com

๒. นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : nupolla_phe@hotmail.com

๓. นางปาริชาติ ศรีหนู ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๒-๗๔๓๒๕๙๓ E-mail : papaccu@gmail.com

๔. นางสาวนาตยา สุมาลา ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๔๒๑๕๘๘๔ E-mail : nattayasumala๙๖@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๔ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไต

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๘ ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า
๒๘.๑ ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า ๑๕ มล./นาทีต่อ ๑.๗๓ ตรม. ที่ได้ จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ที่ไม่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis) การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal Dialysis) ผู้ป่วยภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury) และไม่อยู่ระหว่างการนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๕ ที่มีเงื่อนไข ดังนี้

๑. เมื่อมากกว่าหรือเท่ากับ ๓ เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง ๑๖-๒๐ มล./นาทีต่อ ๑.๗๓ ตรม. หรือ

๒. เมื่อมากกว่า ๓ เดือนก่อนหน้า ผู้ป่วย eGFR อยู่ระหว่าง ๒๑-๖๐ มล./นาทีต่อ ๑.๗๓ ตรม. และติดตามต่ออีก ๓ เดือนต่อไป ค่า eGFR ยังคงน้อยกว่า ๑๕ หรือ

๓. หากไม่มีข้อมูลผลตรวจเลือดเดิม ให้ยืนยันรายดังกล่าวอีกครั้ง ในระยะเวลามากกว่าหรือเท่ากับ ๓ เดือนถัดไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๕

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า	-	ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า	ลดลงน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อนหน้า

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD Stage ๕) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

๕. แหล่งข้อมูล

HDC Health Data Center

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณปัจจุบัน

B : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของปีงบประมาณก่อนหน้า

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ ๕ รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า = ((B - A) / B) x ๑๐๐

วิธีคิดของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

สูตรการคำนวณ = B (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘) – A (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙) x ๑๐๐
B (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงโรคไตเรื้อรัง

๒. พัฒนาระบบบริการ CKD Clinic ให้มีคุณภาพและมีมาตรฐาน

๓. ส่งเสริมนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชน และการสร้างสภาพแลดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๔. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังโรคไตเรื้อรัง

๕. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ในชุมชน ในการส่งเสริม เฝ้าระวัง และป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคไตในชุมชน

๖. พัฒนาระบบติดตาม และประเมินผล ทั้งในส่วนการจัดบริการ CKD Clinic และในชุมชนรักษ์ไต

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. บูรณาการการพัฒนาระบบบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ทั้งภาครัฐและเอกชน (รพ.สต./PCU) CKD care ร่วมกับ Service Plan สาขาโรคไม่ติดติดต่อ (NCD) เครือข่ายภาครัฐ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

๒. เพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้ได้ตามเป้าหมาย

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD, CKD) ในการดูแลผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้คำปรึกษา

๔. ขยายพื้นที่ชุมชนรักษ์ไต และสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานป้องกันโรคไตในชุมชนผ่าน พชอ./พชต.

๕. ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน ผ่านสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน และในหน่วยงานราชการ

๖. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่อง การป้องกันและชะลอภาวะไตเสื่อม

๗. พัฒนาและบูรณาการระบบฐานข้อมูลการดำเนินงาน ติดตาม และส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

๘. พัฒนาระบบ Palliative care for ESRD บูรณาการให้บริการร่วมกับ Service Plan สาขาการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางสาวอังคณา เหล่าสะพาน ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๔๒๑๐๑๐๓ E-mail : nunui๙๘๖๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๕ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๒๙ อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M๑)

๒. คำนิยาม

บริจาคอวัยวะ หมายถึง การมอบอวัยวะ เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้ผู้ป่วยที่อวัยวะนั้นๆ เสื่อมสภาพ ผู้บริจาคต้องเสียชีวิตจากภาวะสมองตายเท่านั้น อวัยวะที่ปลูกถ่ายได้ ได้แก่ ไต ๒ ข้าง, ปอด ๒ ข้าง, หัวใจ, ตับ, ตับอ่อน นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายได้ ได้แก่ ลิ้นหัวใจ, หลอดเลือด, ผิวหนัง, กระดูก, เส้นเอ็น, กระจกตาสามารถแจ้งความจำนงบริจาคได้ตอนยังมีชีวิตอยู่) หลังผ่าตัดเพื่อนำอวัยวะไปให้ผู้ป่วยที่ได้รับบริจาค แพทย์จะตกแต่งร่างกายของผู้บริจาคให้เรียบร้อย แล้วมอบให้ญาติไปประกอบพิธีทางศาสนา รับแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะจากทั่วประเทศ โดยติดต่อได้ที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย, เหล่ากาชาดจังหวัดทุกแห่ง, โรงพยาบาลทุกแห่ง

คุณสมบัติผู้บริจาคอวัยวะ โดยทั่วไปมีรายละเอียด ดังนี้

๑. อายุไม่เกิน ๖๕ ปี
๒. เสียชีวิตจากภาวะสมองตาย
๓. ปราศจากโรคติดเชื้อ และโรคมะเร็ง
๔. ไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, หัวใจ, โรคไต, ความดันโลหิตสูง, โรคตับ และไม่ติดสุรา
๕. อวัยวะที่จะบริจาคต้องทำงานได้ดี
๖. ปราศจากเชื้อที่ถ่ายทอดทางการปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น ไวรัสตับอักเสบชนิดบี, ไวรัสเอดส์ ฯลฯ
๗. ควรแจ้งเรื่องการบริจาคอวัยวะให้บุคคลในครอบครัวหรือญาติรับทราบด้วย

อวัยวะที่ปลูกถ่ายได้ ได้แก่ ไต ๒ ข้าง, ปอด ๒ ข้าง, หัวใจ, ตับ, ตับอ่อน นอกจากนี้ยังมีเนื้อเยื่อที่ปลูกถ่ายได้ ได้แก่ ลิ้นหัวใจ, หลอดเลือด, ผิวหนัง, กระดูก, เส้นเอ็น, กระจกตา

แสดงความจำนงบริจาคดวงตา หมายถึง การแสดงเจตจำนงเมื่อครั้งมีชีวิตว่า “เมื่อตนเสียชีวิตของบริจาคดวงตาให้แก่ศูนย์ตาสภากาชาดไทย เพื่อนำดวงตาไปใช้ประโยชน์แก่ผู้อื่นต่อไป” ศูนย์ดวงตาสภากาชาดไทยจำนำกระจกตาที่ได้รับบริจาคส่งมอบให้จักษุแพทย์ เพื่อนำไปปลูกถ่ายให้แก่ผู้ป่วยโรคกระจกตาพิการ เพื่อให้มีดวงตาสดใสและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกครั้ง

ผู้ที่สามารถ แสดงความจำนงบริจาคดวงตา

๑. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๒๐ ปีขึ้นไป
๒. ผู้ที่มีสายตาสั้น สายตายาว สายเอียง ผู้ที่ผ่านการทำเลสิค หรือเคยผ่าตัดต้อกระจก
๓. ปราศจากเชื้อที่มีการถ่ายทอดทางการปลูกถ่ายกระจกตาเช่น ไวรัสเอดส์ ไวรัสตับอักเสบบี ไวรัสตับอักเสบซี เป็นต้น

ขั้นตอนการบริจาคดวงตา

๑. กรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม ในหน้าข้อมูลผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตาให้ครบถ้วนและชัดเจน โดยสามารถแสดงความจำนงได้ที่
http://eyebank.redcross.or.th/eyebankthai/donationwebsite/register-donor

๒. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและกดยืนยัน

๓. ท่านจะได้บัตรผู้แสดงความจำนงอุทิศดวงตา (ชั่วคราว) ในรูปแบบไฟล์ภาพดิจิตัล สามารถดาวน์โหลดภาพบัตรเก็บไว้ในอุปกรณ์ของท่านได้

๔. ศูนย์บริจาคดวงตาจะทำการจัดส่ง บัตรประจำตัวผู้แสดงความจำนงอุทิศดวงตา ไปตามที่อยู่ที่ได้แจ้งไว้

๕. ควรพกบัตรติดตัวและแจ้งให้ญาติรับทราบว่า ท่านได้ทำเรื่องแสดงความจำนงบริจาคดวงตาไว้ขณะมีชีวิต

ภายหลังเสียชีวิตดวงตาจะเริ่มเสื่อมสภาพ และเน่าเปื่อย ดังนั้นเพื่อให้ดวงตาที่มีสภาพดีที่สุด ญาติของผู้แสดงความจำนงในการบริจาคควรโทรแจ้งศูนย์ดวงตาทันทีหลังผู้บริจาคเสียชีวิต เพื่อให้ศูนย์ดวงตาได้จัดเก็บดวงตาโดยเร็วที่สุด ซึ่งควรจัดเก็บดวงตาให้เรียบร้อยภายใน ๖ ชั่วโมง หลังผู้บริจาคเสียชีวิต หรือไม่เกิน ๑๒ ชั่วโมง หากร่างของผู้เสียชีวิต ถูกเก็บรักษาไว้ในตู้เก็บรักษาความเย็นของโรงพยาบาล และห้ามฉีดยารักษาสภาพศพ

ข้อควรปฏิบัติภายหลังการอุทิศดวงตา

๑. แจ้งสมาชิกในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิดให้รับทราบ

๒. เก็บบัตรอุทิศดวงตาไว้กับตัวหรือในที่หาง่าย

๓. ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับดวงตาควรปรึกษาจักษุแพทย์

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

เป้าหมายจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
ผลการดำเนินงานบริจาคอวัยวะ ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะรายใหม่	(จำนวน)	๑,๕๗๓	๔,๗๘๔	๕,๗๐๖

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพิ่มจำนวนผู้ประสงค์บริจาคอวัยวะมากขึ้นผู้รับบริการหรือส่งเสริมประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลความรู้การบริจาคอวัยวะและดวงตา

๒. สร้างความรอบรู้ให้ประชาชนผู้มีจิตศรัทธา ได้แสดงเจตนารมณ์ในการบริจาคอวัยวะ

๓. พัฒนาศักยภาพพยาบาลประสานงานการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะเพิ่มในโรงพยาบาลชุมชน

๔. มีกิจกรรมเชิงรุกเพื่อค้นหาผู้สมัครใจรายใหม่บริจาคอวัยวะร่วมกับหน่วยรับบริจาคโลหิตของเหล่ากาชาดจังหวัด

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. มีระบบการรายงาน และเก็บข้อมูลการผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดวงตาและรายงานทุกเดือน

๒. การคีย์ข้อมูลการผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดวงตาส่งสภากาชาดไทย

๖. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ระบบค้นหาผู้บริจาคเชิงรุก

๒. การอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการรับบริจาคอวัยวะ

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

ขั้นตอนการดำเนินงานบริจาคอวัยวะ ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินงานแบบ ๕ ขั้นตอนต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ ๑ มีกิจกรรมดังนี้

๑.๑ โรงพยาบาลมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงาน

๑.๒ มีชื่อป้ายศูนย์หรือ Corner เพื่อให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะ

๑.๓ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ บุคลากรผ่านการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้เรื่องการบริจาคอวัยวะอย่างน้อย ๑ คน/หน่วยงาน

๑.๔ มีการติดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ตามสถานที่ต่างๆ ในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ ๒ มีกิจกรรมดังนี้

๒.๑ มีแผนปฏิบัติการให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของผู้บริจาคและผู้บริจาคอวัยวะ แก่ญาติและผู้ป่วยรวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาล

๒.๒ จัดทำแนวทาง/แผนการดำเนินงาน การขอรับบริจาคดวงตาบูรณาการร่วมกับงาน Palliative care

ขั้นตอนที่ ๓ มีกิจกรรมดังนี้

๓.๑ มีกิจกรรมการออกหน่วยเพื่อประชาสัมพันธ์และจัดกิจกรรมเชิงรุกการบริจาคอวัยวะและดวงตาร่วมกับเหล่ากาชาดจังหวัด/อำเภอตามแผนปฏิบัติการของหน่วยรับบริจาคโลหิตของเหล่ากาชาดจังหวัด

๓.๒ มีกิจกรรมประชาสัมพันธ์เชิงรุกค้นหา ผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา Donor card ขอความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย บูรณาการงาน จัดทำแนวทางในการให้ความรู้ในการแสดงความจำนงการบริจาคอวัยวะในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต การออกหน่วยแพทย์ พอ.สว.กิจกรรมเชิงรุกในกลุ่มนักเรียน นิสิตนักศึกษา ประชาชน อสม. และขับเคลื่อนใน พชอ.พชต. ให้ความรู้กับพระสงฆ์เทศน์ผลบุญในการบริจาคอวัยวะ

ขั้นตอนที่ ๔ มีกิจกรรมดังนี้

๔.๑ มีผู้สมัครใจบริจาคอวัยวะและดวงตา donor card รายใหม่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่กำหนด

๔.๒ มีทะเบียนผู้สมัครใจบริจาคอวัยวะและดวงตา

ขั้นตอนที่ ๕ มีกิจกรรมดังนี้

๕.๑ มีระบบการรายงาน และเก็บข้อมูลการผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะดวงตาและรายงานทุกเดือน

๘. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานคุณภาพและรูปแบบริการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘-๖๐๓๖ E-mail : -
๒. นางสาวสุวิมล พานพิมพ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๘-๕๙๓-๒๘๘๐ E-mail : Princess_soon@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๐ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๓๐.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์
๓๐.๒ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์
๓๐.๓ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

๒. คำนิยาม

มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่ และปอด (C๓๓-C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓) **ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด** หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจากวันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจเป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับ การผ่าตัดรักษา
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการ ตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจ ให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น
- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบ าบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง และนามาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับ ยาเคมีวันแรก
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมี วันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัย เป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับ รังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อ จากสถานพยาบาลอื่น ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๒.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรคไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์	ร้อยละ ≥๗๕	ร้อยละ ≥๗๕	ร้อยละ≥๗๐
๒. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	ร้อยละ ≥๗๕	ร้อยละ ≥๗๕	ร้อยละ≥ ๗๐
๓. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์	ร้อยละ ≥๖๕	ร้อยละ ≥๖๕	ร้อยละ ≥๗๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จำนวนผู้ป่วยที ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา

๒. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษาโดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละ การรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม (S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่

๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและ เป็นครั้งที่ใช้ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ

๓.๒ วันผ่าตัด (Operation date) เพื่อการรักษา

๓.๓ วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย

๓.๔ วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถ ตัดชิ้นเนื้อ

๓.๕ วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่ นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง

๖. รายการข้อมูล

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์

A : จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับ การผ่าตัดรักษา ≤๔ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์

A : จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ≤ ๖ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์

A : จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษา ≤ ๖ สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๘. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๙. จัดประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๐. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๑. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็ง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่นๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๘. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๙. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๐. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๑. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจแบบส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อวินิจฉัย ความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ ดังนี้

๑๑.๑ โรงพยาบาลมหาสารคาม รับผิดชอบลูกข่ายอำเภอเมือง, อำเภอแกดำ, อำเภอเชียงยืน, อำเภอกันทรวิชัย และอำเภอชื่นชม

๑๓.๒ โรงพยาบาลวาปีปทุม รับผิดชอบอำเภอวาปีปทุม

๑๓.๓ โรงพยาบาลบรบือ รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอบรบือ, อำเภอนาเชือก, อำเภอกุดรัง, อำเภอโกสุมพิสัย

๑๓.๔ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย, อำเภอยางสีสุราช และอำเภอนาดูน

๑๓.๕ โรงพยาบาลสุทธาเวช รับผิดชอบเขตโรงพยาบาลสุทธาเวช

๑๒. ค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test หากผลการตรวจคัดกรองผิดปกติต้องส่งผลการคัดกรองและประสานงานให้ผู้ป่วยเข้ารับ การตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้องที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

๑๐. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางศศิมา พรมแม้น ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๐๑๖-๖๕๕๒ E-mail : Chalen_๑๔@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๖ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งและได้รับบริการ

๓๑.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม)

๓๑.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

๓๑.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งล้าไส้ใหญ่และไส้ตรง

๓๑.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งล้าไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

๒. คำนิยาม

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านในส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี

*ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานใน ปีงบประมาณนั้นได้

ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีHPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น

๑) ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์๑๖ และหรือ ๑๘ หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy)

๒) ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น ๓๑, ๓๓, ๓๙, ๔๕, ๕๑, ๕๒, ๕๖, ๕๘, ๕๙, ๖๖ และ ๖๘ เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลือมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ≥ ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติ แนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน ๑ ปี ที่โรงพยาบาล

การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธีFecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับ การตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจวัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยใน ระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากร กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้ง ในรอบ ๒ ปีงบประมาณ

ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชาย และเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงใน ตัวอย่างอุจจาระ

การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงใน ระยะต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (สะสม)	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ≥ ๒๕	ร้อยละ ≥ ๔๐
๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง colposcopy	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ≥๕๐	ร้อยละ≥๙๐
๓. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	ร้อยละ ≥๕๕	ร้อยละ ≥๘๐	ร้อยละ ≥๙๕
๔. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับ การส่องกล้อง colonoscopy	ร้อยละ ≥๕๕	ร้อยละ ≥๕๐	ร้อยละ ≥๖๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

๑. มะเร็งปากมดลูก

- ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
- ฐานข้อมูล สปสช.
- โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform

๒. มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

- ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
- ฐานข้อมูล สปสช.

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ตามเป้าหมาย ๕ ปี (C๑)

๒. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม (C๒)

๓. จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ ๓๐-๖๐ ปีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผิดปกติ (CP๑)

๔. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP๒)

๕. จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F๑)

๖. จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F๒)

๗. จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ (CL๑)

๘. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผิดปกติ ได้รับการ ส่องกล้อง Colonoscopy (CL๒)

๓. การบันทึกข้อมูล

๑. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KDHP/KTB) ของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

๒. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้

๖. รายการข้อมูล

๑. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

A : จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม เป็นการนับจำนวนผู้ที่ได้รับการคัดกรองแบบสะสม (เริ่มนับตั้งแต่ปีงบประมาณแรกของ Phase นั้นๆ สะสมไปจนครบ ๕ ปี เช่น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓–๒๕๖๗, ๒๕๖๘-๒๕๗๒)
ตัวอย่าง การนับจำนวนสะสม เช่น การดำเนินงานคัดกรองปี ๒๕๖๕- ๒๕๖๗ (ไตรมาส ๓)

ปีงบประมาณ	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
๒๕๖๕	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐
๒๕๖๖	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐
๒๕๖๗	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	๒๕,๐๐๐	

ผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม เท่ากับ ๒๗๕,๐๐๐ ราย

B : จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐–๖๐ ปี ตามเป้าหมาย ๕ ปี*

* ตามเป้าหมาย ๕ ปี หมายถึง ค่าประมาณการจากร้อยละ ๗๐ ของประชากรอายุ ๓๐–๖๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา (ใช้ฐานประชากรจากทะเบียนราษฎร์ปีที่ผ่านมาเป็นตัวเลขตั้งต้น)
ตัวอย่างการคิดค่าเป้าหมายที่ ๕ ปี
มีประชากรอายุ ๓๐-๖๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา (จากฐานประชากรจากทะเบียน ราษฎร์) ๑๐๐,๐๐๐ คน
ดังนั้น ร้อยละ ๗๐ ของประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน = ๗๐,๐๐๐ คน สรุป ค่าเป้าหมาย ๕ ปี = ๗๐,๐๐๐ คน

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

*ตัวอย่างการคำนวณตามสูตร

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

A : ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA Test ได้ ๙,๐๐๐ คน

B : ประชากรเป้าหมาย (๕ปี)
จำนวน ๗๐,๐๐๐ คน คิดเป็น (๙,๐๐๐/๗๐,๐๐๐)x๑๐๐ = ร้อยละ ๑๒.๘๖

ปีงบประมาณ ๒๕๖๙

A : ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘–๒๕๖๙
ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA Test ได้ ๑๕,๐๐๐ คน

B : ประชากรเป้าหมาย (๕ปี)
จำนวน ๗๐,๐๐๐ คน คิดเป็น (๑๕,๐๐๐/๗๐,๐๐๐)x๑๐๐ = ร้อยละ ๒๑.๔๓

ปีงบประมาณ ๒๕๗๐

A : ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘-๒๕๗๐
ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA Test ได้ ๒๕,๐๐๐ คน

B : ประชากรเป้าหมาย (๕ปี)
จำนวน ๗๐,๐๐๐ คน คิดเป็น (๒๕,๐๐๐/๗๐,๐๐๐)x๑๐๐ = ร้อยละ ๓๕.๗๑

๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

A : จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

B : จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

๓. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง

A : จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

B : จำนวนประชากร อายุ ๕๐–๗๐ ปี ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

๔. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy

A : จำนวนระชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

B : จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่น ๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๘. จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ที่ไม่เพียงพอให้เหมาะสมทุกปี

๙. จัดประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๐. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๑. จัดประชุมวิชาการโรคมะเร็ง อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ

๒. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลกทุกปี (วันที่ ๔ กุมภาพันธ์ ของทุกปี) ร่วมกับหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อบจ./อบต.

๓. จัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สื่อประชาสัมพันธ์/เสียงตามสาย โรคมะเร็ง ๕ อันดับ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร มะเร็งตับ และมะเร็งปอดและ/หรือโรคมะเร็งอื่นๆ

๔. จัดตั้งคลินิกที่สำคัญ เช่น คลินิกวัยใส คลินิกเต้านม คลินิก palliative care เป็นต้น

๕. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

๖. คัดกรองและวินิจฉัยโรคมะเร็งต่าง ๆ เชิงรุกในกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยง ได้แก่

- CA Breast อายุ ๓๐-๗๐ ปี screening by BSE/CBE/MMG/U/S + FNA/CNB/Excision
- CA Cervix อายุ ๓๐-๖๐ ปี screening by pap smear/HPV testing + colposcopy
- CA colorectal อายุ ๕๐-๗๐ ปี screening by FIT test /FOBT + colonoscopy
- CCA อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป screening by stool อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป+ U/S

๗. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด

๘. จัดตั้งหน่วยทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบการบันทึกและส่งข้อมูลในระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน

๙. จัดประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๐. ติดตามงานนิเทศงานลูกข่าย อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง

๑๑. โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจแบบส่องกล้อง Colonoscopy เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติในลำไส้ใหญ่ ดังนี้

๑๑.๑ โรงพยาบาลมหาสารคาม รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอเมืองมหาสารคาม, อำเภอแกดำ, อำเภอเชียงยืน, อำเภอกันทรวิชัย และอำเภอชื่นชม

๑๓.๒ โรงพยาบาลวาปีปทุม รับผิดชอบอำเภอวาปีปทุม

๑๓.๓ โรงพยาบาลบรบือ รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอบรบือ, อำเภอนาเชือก, อำเภอกุดรัง, อำเภอโกสุมพิสัย

๑๓.๔ โรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย รับผิดชอบลูกข่าย อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย, อำเภอยางสีสุราช และอำเภอนาดูน

๑๓.๕ โรงพยาบาลสุทธาเวช รับผิดชอบเขตโรงพยาบาลสุทธาเวช

๑๒. ค้นหาประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test หากผลการตรวจคัดกรองผิดปกติต้องส่งผลการคัดกรองและประสานงานให้ผู้ป่วยเข้ารับ การตรวจยืนยันด้วยวิธีส่องกล้องที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางศศิมา พรมแม้น ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๐๑๖-๖๕๕๒ E-mail : Chalen_๑๔@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๒ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับ การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครบตามโปรแกรมมาตรฐาน ต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตาม ทางการแพทย์ ดังนี้ ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้งภายใน ๑ เดือน ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติด” ได้รับการติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้งภายใน ๑ ปี

พื้นที่เป้าหมาย หมายถึง พื้นที่ทุกอำเภอในจังหวัดมหาสารคาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	**ร้อยละ ๗๐**	**ร้อยละ ๗๕**

๔. วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ ครบตามเกณฑ์และมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แหล่งข้อมูล

ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๒. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ครบตามโปรแกรม มาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการ บำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา ๑ ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด

B : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมด ที่ครบ ระยะเวลา ๑ ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๔

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

-

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

มาตรการหลัก	กิจกรรมการดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์
การค้นหา ประเมิน คัดกรอง ผู้ป่วยยาเสพติดอย่างถูกต้อง และ**นำเข้า**สู่ระบบการบำบัดรักษา	• การร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการค้นหาผู้ป่วย และนำเข้าระบบบำบัด • พัฒนาระบบข้อมูลให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา
การ**บำบัดรักษา**และฟื้นฟู อย่างมีคุณภาพ รอบด้าน และครบตามเกณฑ์มาตรฐาน	• ขับเคลื่อนการดำเนินงาน “สถานฟื้นฟูสมรรถภาพภายใต้สถานพยาบาล” • เพิ่มศักยภาพการบำบัดรักษาในรูปแบบมินิธัญญารักษ์	การบำบัดครบโปรแกรม อัตราการบำบัดซ้ำ
การ**ติดตาม**ดูแลและช่วยเหลือ หลังการบำบัดอย่างต่อเนื่อง และครบตามเกณฑ์มาตรฐาน	• การประสานงานกับศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม • การติดตามร่วมกับภาคีเครือข่าย ผ่าน application “ล้อมรักษ์”	**Retention Rate**

๘. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓ ๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๗ : โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๒.๑ การดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ดีเด่น
๒. คำนิยาม

อำเภอ TO BE NUMBER ONE ผ่านเกณฑ์ หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE) ผ่านเกณฑ์การให้คะแนนผลงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น ของ กรมสุขภาพจิต ร้อยละ ๗๐

ระดับดีเด่น หมายถึง เกณฑ์คะแนนผลการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ประเภทดีเด่น ของ กรมสุขภาพจิต คะแนนมากกว่าร้อยละ ๗๐

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
มีการดำเนินงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ครบ ๑๓ แห่ง	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “วัยรุ่นและเยาวชนมีกระแสนิยม การเป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด” ตลอดจนวัยรุ่นและเยาวชนมีภูมิคุ้มกันทางจิตใจ สามารถดำรงความเข้มแข็งในการต่อต้านยาเสพติด เพื่อป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เวปไซด์ทูบีนัมเบอร์วัน จังหวัดมหาสารคาม และ เฟซบุ๊กทูบีนัมเบอร์วัน จังหวัดมหาสารคาม
๒. เกณฑ์คะแนนการนำเสนอผลการดำเนินงานงานอำเภอ TO BE NUMBER ONE ระดับดีเด่น จังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

รายการ อำเภอทูบีนัมเบอร์วัน	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘
	ผ่าน เกณฑ์	อำเภอเมือง ระดับภาค	อำเภอเมือง ระดับประเทศ	อำเภอเมือง ระดับประเทศ
๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอมีโครงสร้างกำหนดหน้าที่ชัดเจน และมีศูนย์ประสานงานโครงการฯ ระดับอำเภอ	มี	NA	NA	NA
๒. กำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานบูรณาการทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	มี	NA	NA	NA
๓. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (มีวาระการประชุม)	มี	NA	NA	NA
๔. มีฐานข้อมูลสมาชิก/ชมรม/ศูนย์เพื่อนในTO BE NUMBER ONE/ใครติดยายกมือขึ้น และกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมาชิกระดับอำเภอ	มี	NA	NA	NA
๕. สรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE	มี	NA	NA	NA

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๓ ยุทธศาสตร์หลัก ในการดำเนินงานโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คือ

๑. การรณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

๒. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน

๓. การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด”

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ ประกอบด้วย

๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ

๒. มีการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานครอบคลุม ๓ ยุทธศาสตร์หลัก และแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ

๓. มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๔. มีฐานข้อมูลสมาชิก/ชมรม/ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE/ โครงการใครติดยายกมือขึ้น/ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมาชิกระดับอำเภอ

๕. มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ระดับ/อำเภอ/ชุมชน /สถานศึกษา ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ

๖. มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางโครงการ TO BE NUMBER ONE

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
โทรศัพท์ ๐๘๓ ๖๗๕๗๒๑๓ E-mail : pranganster@gmail.com
๒. นางสาวศรุดา จินตศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๙๘-๑๖๒-๐๕๒๗ E-mail : Saruda๒๕fn@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

๓๓.๑ : อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (คน)

๒. คำนิยาม

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ์สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ขัดทำความสะอาดฟัน หมายถึง การขูดหินน้ำลาย รวมถึงการขูดและขัดฟัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (คน)	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๕๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์
๒. หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC > หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลตอบสนอง Service plan > สาขาสุขภาพช่องปาก > ข้อ ๑๙.๑ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพชองปาก และทำความสะอาดฟัน (คน)

B : จำนวนหญิงที่ได้รับการฝากครรภ์ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : อัตราหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน (คน) = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

พัฒนาการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (First ANC First dental care)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (First ANC First dental care)

๒. กำกับติดตามและยกระดับการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปากในคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑.ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
ตัวชี้วัดที่ ๓๓.๒ อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๐-๒ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ แรกเกิด ถึง อายุ ๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน สะสม ในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control หมายถึง การสอนให้ผู้ปกครอง ฝึกการควบคุมปริมาณคราบจุลินทรีย์ในช่องปากผ่านการแปรงฟันที่ถูกวิธี การใช้ไหมขัดฟัน และการดูแลช่องปาก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๕๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากถูกวิธีจากผู้ปกครอง
๒. เพื่อให้ผู้ปกครองได้รับการฝึกการดูแลสุขภาพช่องปากแก่เด็กถูกวิธีจากบุคลากรสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC > หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลตอบสนอง Service plan > สาขาสุขภาพช่องปาก > ข้อ ๑๗.๕ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนเด็ก ๐-๒ ปี ในเขตรับผิดชอบ ที่มีรหัสหัตถการ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ หรือ ได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control คนใหม่ (คน)

B : จำนวนเด็ก ๐-๒ ปีในเขตรับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : อัตราเด็ก ๐-๒ ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control (คน) = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ๐-๒ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๓ อัตราเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่

๒. คำนิยาม

เด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กในกลุ่มอายุ ดังนี้

(๑) อายุ ๐-๒ ปี คือ เด็กที่มีอายุ แรกเกิด ถึง อายุ ๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

(๒) อายุ ๓-๕ ปี คือ เด็กที่มีอายุ ๓ ปี ถึง อายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

(๓) อายุ ๔-๑๒ ปี คือ เด็กที่มีอายุ ๔ ปี ถึง อายุ ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน สะสมในปีงบประมาณของเขตพื้นที่รับผิดชอบ

การเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ หมายถึง การใช้สารฟลูออไรด์เคลือบ/ทาลงไปบนซี่ฟัน เพื่อให้ฟันมีความแข็งแรงมากขึ้น ทนทานต่อกรดของแบคทีเรียในช่องปาก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่			
(๑) อายุ ๐-๒ ปี (ร้อยละ ๖๐)	-	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐
(๒) อายุ ๓-๕ ปี (ร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
(๓) อายุ ๔-๑๒ ปี (ร้อยละ ๕๐)	-	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๐-๒ ปี ๓-๕ ปี และ ๔-๑๒ ปี เข้าถึงบริการส่งเสริมและป้องกันโรคด้านสุขภาพช่องปาก

๒. เพื่อให้เด็กอายุ ๐-๒ ปี ๓-๕ ปี และ ๔-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC–Dashboard หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ดังนี้

(๑) อายุ ๐-๒ ปี (ร้อยละ ๖๐) ข้อ ๑๗.๖

(๒) อายุ ๓-๕ ปี (ร้อยละ ๘๐) ข้อ ๑๗.๙

(๓) อายุ ๔-๑๒ ปี (ร้อยละ ๕๐) ข้อ ๑๙.๒

๖. รายการข้อมูล

อัตราเด็กปฐมวัยและเด็กวัยเรียนได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่

(๑) อายุ ๐-๒ ปี (ร้อยละ ๖๐)

A : จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ที่ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)

B : จำนวนเด็กอายุ ๐-๒ ปี ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

(๒) อายุ ๓-๕ ปี (ร้อยละ ๘๐)

A : จำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปี ที่ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)

B : จำนวนเด็กอายุ ๓-๕ ปี ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

(๓) อายุ ๔-๑๒ ปี (ร้อยละ ๕๐)

A : จำนวนเด็กอายุ ๔-๑๒ ปี ที่ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)

B : จำนวนเด็กอายุ ๔-๑๒ ปี ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๒ ปี ๓-๕ ปี และ ๔-๑๒ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑.ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๔ อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๖ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ

การเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ หมายถึง การใช้วัสดุสีคล้ายฟันหรือสีใส มาเคลือบปิดซี่ฟันที่มีร่องลึกในฟันกรามแท้ เพื่อป้องกันไม่ให้เศษอาหารเข้าไปติดในซอกลึก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราเด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ด้านส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปาก
๒. เพื่อให้เด็กอายุ ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC > หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลตอบสนอง Service plan > สาขาสุขภาพช่องปาก > ข้อ ๑๙.๓ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวน เด็กอายุ ๖ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)

B : จำนวน เด็กอายุ ๖ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : อัตราเด็ก ๖-๑๒ ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ๖-๑๒ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๕ อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม

๒. คำนิยาม

กลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี หมายถึง กลุ่มอายุ ๑๕ ปี ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ

ได้รับบริการทันตกรรม หมายถึง มีรหัสหัตถการทันตกรรม (ไม่นับครั้งที่มีรหัสหัตถการตรวจฟันอย่างเดียว)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๒๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ตามชุดสิทธิประโยชน์
๒. เพื่อให้กลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ ๑๗.๒๐ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวน กลุ่มอายุ ๑๕ ปี ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ได้รับบริการทันตกรรม (คน)

B : จำนวน กลุ่มอายุ ๑๕ ปี ถึง ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : อัตราผู้มีอายุ ๑๕-๕๙ ปี ได้รับบริการทันตกรรม = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๖ อัตราผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม

๒. คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รายใหม่ในปีงบประมาณ (คน)

การส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม หมายถึง การใช้บริการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพช่องปาก โดยไม่คำนึงว่าคนไข้จะไปรับบริการที่หน่วยบริการใดก็ตาม

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม	-	-	ร้อยละ ๔๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุ ได้เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์
๒. เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับบริการด้านส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ ๑๐ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวน กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับบริการทันตกรรม (คน)
B : จำนวน กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ์ สะสมในปีงบประมาณ ของเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)
สูตรการคำนวณ : อัตราผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมป้องกันทางทันตกรรม = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก
๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ
๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มอายุ ๑๕-๕๙ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๗ ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

๒. คำนิยาม

เด็กอายุ ๑๒ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟันหรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆ อีก และไม่มีฟันถูกถอน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้เด็กอายุ ๑๒ ปี เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก
๒. เพื่อให้เด็กอายุ ๑๒ ปี ได้รับการบริการทันตกรรม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC > หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลตอบสนอง Service plan > สาขาสุขภาพช่องปาก > ข้อ ๑๘.๗ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนเด็กที่มีอายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ฟันดีไม่มีผุ

B : จำนวนเด็กที่มีอายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

สูตรการคำนวณ : ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็ก ๑๒ ปี โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม

๒. คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน

ได้รับบริการทันตกรรม หมายถึง มีรหัสหัตถการทันตกรรม (ไม่นับครั้งที่มีรหัสหัตถการตรวจฟันอย่างเดียว)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม	-	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน เข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์
๒. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับบริการทันตกรรม

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงาน HDC หัวข้อ กลุ่มรายงานมาตรฐาน ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ ๑๗.๑๖ OHSP

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเบาหวานและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับบริการทันตกรรม (ไม่นับครั้งที่มีรหัสหัตถการตรวจฟันอย่างเดียว)

B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

สูตรการคำนวณ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการทันตกรรม = A / B x ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก
๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ
๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก

๓๓.๙ : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) หมายถึง หน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง

มาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก หมายถึง เกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จัดทำโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก	-	ขั้นต่ำ ๒๕% ขั้นสูง ๑ แห่ง	ขั้นต่ำ ๒๕% ขั้นสูง ๑ แห่ง

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) รวมถึงหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ได้รับการประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก

๒. เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง ได้มีการพัฒนางานด้านสุขภาพช่องปาก และการให้บริการด้านสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ผลการประเมินจากระบบ ผ่านการคีย์ข้อมูลประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์ ของคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๖. รายการข้อมูล

สูตรการคำนวณ : จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ผ่านมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก

(๑) ขั้นต่ำ อบจ. ๒๕% สธ. ๑๐๐%

(๒) ขั้นสูง ๑ แห่ง อ.เมือง

ผ่านเกณฑ์ตามคู่มือการประเมิน : เกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขภาพช่องปาก ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จัดทำโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพช่องปาก

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและการดูแลสุขภาพช่องปาก

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากลไกการจัดบริการสุขภาพช่องปาก โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของหน่วยบริการ ภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๑๐ พัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP-Dent

๒. คำนิยาม

การพัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP (Service Area Partnership หรือ Service Alignment Program) ในงานทันตกรรม คือ การยกระดับหน่วยบริการทันตกรรมในโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีมาตรฐานและศักยภาพสูงขึ้น (S-Standard, A-Academy, P-Premium/Professional) โดยเน้นการวางแผนทรัพยากร, เครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น, และบุคลากรให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน, ลดความแออัด, และสร้างการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) ทั้งในระดับชุมชน, โรงพยาบาลทั่วไป, และโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรมที่มีคุณภาพได้ทั่วถึง

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละโรงพยาบาลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP–Dent ตามเกณฑ์ SAP ของโรงพยาบาลนั้น	-	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลได้พัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP–Dent ตามเกณฑ์ SAP ของโรงพยาบาลนั้น

๒. เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้มีการพัฒนางานและการให้บริการด้านสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ประเมินผลจากการคีย์ข้อมูลประเมินตนเองผ่านระบบ https://dentalcouncil.or.th/pdf/TDCA๒๐๒๔.pdf

๖. รายการข้อมูล

หน่วยบริการโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการพัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP-Dent ตามเกณฑ์ SAP ของโรงพยาบาลนั้น

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก โดยพัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP-Dent ตามเกณฑ์ SAP ของโรงพยาบาลนั้น

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สนับสนุนโรงพยาบาลทุกแห่ง ในการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก โดยพัฒนาศักยภาพบริการระดับ SAP-Dent ตามเกณฑ์ SAP ของโรงพยาบาลนั้น

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ ๑๘ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปาก

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๓ อัตราการใช้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปาก
๓๓.๑๑ มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม

มาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA) หรือ Thai Dental Clinic Accreditation หมายถึง ระบบรับรองคุณภาพคลินิกทันตกรรม ที่ทันตแพทยสภาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาขึ้น เพื่อยกระดับมาตรฐานคลินิก ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มีความปลอดภัยสูง มีคุณภาพตามมาตรฐานสากล และสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยในการรักษา (Safe Treatment), การควบคุมการติดเชื้อ (Infection Control) และการจัดการข้อมูล (Safe Record) เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการทันตกรรมที่ดีที่สุด ประเมินตามเกณฑ์ SAP ของโรงพยาบาลนั้น

ระดับ S หรือ S+ ประเมินด้วย TDCA ๒๔๐๑
ระดับ A หรือ A+ ประเมินด้วย TDCA ๒๔๐๒
ระดับ P หรือ P+ ประเมินด้วย TDCA ๒๔๐๓

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละโรงพยาบาลผ่านมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)	-	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้โรงพยาบาลได้พัฒนามาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)
๒. เพื่อให้โรงพยาบาลทุกแห่ง ได้มีการพัฒนางานและการให้บริการด้านสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ประเมินผลจากการคีย์ข้อมูลประเมินตนเองผ่านระบบ https://dentalcouncil.or.th/pdf/TDCA๒๐๒๔.pdf

๖. รายการข้อมูล

หน่วยบริการโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้รับการพัฒนามาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนเครือข่ายในการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก โดยพัฒนามาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)

๒. ประสานความร่วมมือหน่วยบริการภายในจังหวัดเพื่อร่วมให้ข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการจัดบริการ

๓. วางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพช่องปากร่วมกับโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการภายในจังหวัดมหาสารคาม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สนับสนุนโรงพยาบาลทุกแห่ง ในการดำเนินงานด้านสุขภาพช่องปาก โดยมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยบริการทันตกรรม (TDCA)

๒. ร่วมกำกับติดตาม การดำเนินงาน ของโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัดมหาสารคาม

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุพระลักษณ์ รัศมีรัตน์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
โทรศัพท์ ๐๘๙-๘๓๑๘๙๕๖ E-mail : dentssjmk@gmail.com
๒. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๙๘-๔๗๙๑๔๔๙ E-mail : Petcha.bb๑๕@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. คำนิยาม

ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) ทั้งหมด ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M๑) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) หมายถึง ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH ED Triage ณ ห้องฉุกเฉิน

หน่วยปฏิบัติการแพทย์ หมายถึง หน่วยปฏิบัติการแพทย์ทุกระดับ ที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยการสั่งการของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๗	ไม่น้อยกว่าร้อยละ๒๘	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๙

๔. วัตถุประสงค์

ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยหน่วยปฏิบัติการแพทย์ที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจากการคัดแยกผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน ของ รพศ. และ รพท. (ระดับ A, S และ M๑) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล การบันทึกจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level ๑-สีแดง) จำแนกตามการมารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินทั้งหมด (ER Visit) ของโรงพยาบาลระดับ A, S และ M๑ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน เฉพาะการมาโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) เท่านั้น ไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)

B : จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (L๑-สีแดง) ที่มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉิน ทั้งหมด (ER Visit) ไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

การเสริมสร้างระบบการแพทย์ฉุกเฉินและระบบปฏิบัติการฉุกเฉิน เพื่อประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เชื่อมั่น และไว้วางใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด/คณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม

๒. ประชุมคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและคณะทำงานพัฒนาระบบ EMS จังหวัดมหาสารคาม

๓. การขยายงานการแพทย์ฉุกเฉินไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๔. สนับสนุนการบริหารจัดการ และควบคุมคุณภาพการสื่อสารและสั่งการของศูนย์ประสานงานการรับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัด (อบจ.มหาสารคาม)

๕. พัฒนาบุคลากรงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ

๖. ตรวจประเมินคุณภาพ มาตรฐานยานพาหนะในระบบ EMS และการให้บริการของหน่วยปฏิบัติการ

๗. การจัดสรรงบประมาณจ่ายค่าชดเชยปฏิบัติการให้แก่หน่วยปฏิบัติการ

๘. พัฒนาระบบสื่อสาร สารสนเทศในระบบปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

๙. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรายงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๑๐. ตรวจประเมินคุณภาพและตรวจสอบการจ่ายค่าชดเชยบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

๑๑. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

๑๒. ประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการ ๑๖๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลทุกระดับอย่าง ทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ

๒. พัฒนาระบบ EMS ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทยฉุกเฉิน ได้แก่ อาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ (อฉพ.) อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)

๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

๕. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานในระบบ EMS ในระดับ ตำบล

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. จัดบริการงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยจัดให้มีเครื่องมือที่จำเป็นต้องใช้ในงาน ER ตามเกณฑ์ รพ.สต. ติดดาว (หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย ข้อ ๔.๒ การบริการในสถานบริการ ประเด็น ๔.๒.๒ ER (เครื่องมือที่สอดคล้องกับการบริการ : การบำรุงรักษา หมุนเวียน)

๒. ประสานงานกับ อปท.ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่บริการ

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในระบบการแพทยฉุกเฉินในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน (อฉช.)ประชาชนทั่วไป ให้มีความรู้ความสามารถในการแจ้งเหตุ ในระบบ ๑๖๖๙ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ (ตามหลักสูตร อฉช.)

๔. ประชาสัมพันธ์เบอร์โทรเจ็บป่วยฉุกเฉิน โทร. ๑๖๖๙

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕ E-mail : sopitweeranakin@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๓๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)

๒. คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑

การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (Trauma<๑๐%, Non-trauma<๑๐%)	น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

๔. วัตถุประสงค์

๑.เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒.มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล มาตรฐาน ๔๓ แฟ้มกระทรวงสาธารณสุขและการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ระดับ A,S,M๑

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑.ใช้ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC)

๑.๑ ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน

๑.๒ ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE PLAN, ADMISSION

๑.๓ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT

๒.การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลในระดับจังหวัด

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง

B : จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑.พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒.จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงแผนพัฒนาเครือข่ายแก่ รพช.และ รพ.สต

๒. วางแผนการดำเนินงาน และตารางการปฏิบัติงานตลอดทั้งปี

๓. จัดทำระบบฐานข้อมูล และกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

๔. จัดทำตารางนิเทศงาน และนิเทศติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยให้รพช. ส่งข้อมูลรายงาน Service plan และตัวชี้วัดทุกเดือน

๕. ทบทวน CPG และปรับปรุงให้ได้ตามมาตรฐานและทันสมัย

๖. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร รพช, รพ.สต และอสม. ด้านการคัดกรอง ประเมิน และวินิจฉัย และการส่งต่อ

๗. พัฒนาระบบช่องทางด่วน Fast track ในกรณี case ที่มีcomplication

๘. พัฒนาระบบ consult ระหว่าง รพ.แม่ข่ายและลูกข่าย

๙. ประชุมสรุปผลการดำเนินงานในแต่ละไตรมาส

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. สามารถคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัยและส่งต่อได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

๓. พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

๔. พัฒนาศักยภาพในการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. เสริมสร้างความเข้มแข็งของ node และความสามารถในศักยภาพของทีมเจ้าหน้าที่

แนวทางการดำเนินงานระดับตำบล

๑. สามารถคัดกรองประเมินวินิจฉัยเบื้องต้นได้

๒. มีการพัฒนาศักยภาพในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้น

๓. มีการพัฒนาศักยภาพในการดูแลต่อเนื่อง หลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล

๔. จัดทำคู่มือประชาชน, ให้ความรู้แก่ประชาชน

๕. มีความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการดูแลและส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สูงกว่าได้

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕ E-mail : sopitweeranakin@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
๓๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ

๒. คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS หมายถึง การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑

การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ๘๐	ร้อยละ๘๐	ร้อยละ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

๒. มุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๕. แหล่งข้อมูล

การประเมินมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (ECS คุณภาพ) ทั้ง ๒ มิติ

มิติที่ ๑. การประเมินผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

มิติที่ ๒. การประเมินคณะทำงานหรือบุคลากรในโรงพยาบาล จำนวน ๑๒ องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่

องค์ประกอบที่ ๒ บุคลากร

องค์ประกอบที่ ๓ การรักษาพยาบาล

องค์ประกอบที่ ๔ MCI and Disaster management

องค์ประกอบที่ ๕ Referral system

องค์ประกอบที่ ๖ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to Other Specialist Consultation)

องค์ประกอบที่ ๗ ระบบสนับสนุน

องค์ประกอบที่ ๘ Pre – hospital EMS Intervention

องค์ประกอบที่ ๙ ระบบบริหารจัดการ

องค์ประกอบที่ ๑๐ Inform-ation system

องค์ประกอบที่ ๑๑ การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)

องค์ประกอบที่ ๑๒ การศึกษาและวิจัย

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)

B : จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒. จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ชี้แจงแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมิน ECS คุณภาพ จังหวัดมหาสารคาม และเยี่ยมสำรวจ (External survey) ทุกโรงพยาบาล

๓. จัดทำแผนพัฒนาสถานบริการทุกระดับทั้งด้านบุคลากร สถานที่ให้บริการ เครื่องมือและอุปกรณ์ โดยบูรณาการกับกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง

๔. บูรณาการข้อมูลในจังหวัด โดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก

๕. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. มีแผนพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินครบวงจรบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒. ประเมินตนเอง (Self-evaluation) ตามแบบประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทราบถึง จุดอ่อนที่ต้องแก้ไขและพัฒนา

๓. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

๑) จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก

๒) รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓) วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๔) Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร

๕) วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ

๖) นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

๗) ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน

๔. จัดเก็บรายงานและส่งออกข้อมูลตามระบบโดยใช้แฟ้ม ACCIDENT เป็นหลัก

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕ E-mail : sopitweeranakin@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
๓๔.๓ ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ

๒. คำนิยาม

ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน ๓ มิติ คือ

๑. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน

๑.๑. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๑.๑.๑. จัดบริการห้องฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ ER Service Delivery

๑.๑.๒. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน ๒-๔ ชั่วโมง (ER Target Time ๒-๔ ชั่วโมง)

๑.๒. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน

๑.๒.๑. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ

๒. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน

๒.๑. พัฒนาอาคารสถานที่

๒.๑.๑. จัดให้มี Double door with access control

๒.๑.๒. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room)

๒.๑.๓. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room)

๒.๑.๔. จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room)

๒.๑.๕. จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Transport capsule)

๒.๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ

๒.๒.๑. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking)

๒.๒.๒. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนาระบบ Telemedicine และวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC)

๒.๒.๓. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๓. การพัฒนาและธำรงรักษากำลังคน

๓.๑. วางแผนกำลังคน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน (EP) พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ (Paramedic)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไปผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

๓. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน

๔. บุคลากรมีความปลอดภัย

๕. แหล่งข้อมูล

ระบบรายงาน/แบบประเมิน โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ

B : จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

๒. จัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. ชี้แจงนโยบายร่วมกับผู้บริหารภายในจังหวัด

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินคุณภาพระดับจังหวัด

๓. มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่

๓.๑ ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่าปีละ ๑ ครั้ง มาวิเคราะห์ผลตอบค่าตัวชี้วัด

๓.๒ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (output) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ

๓.๓ นำข้อมูลจากข้อ ๑.๑-๑.๒ มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

๔. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบในระดับจังหวัด

๕. นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (output) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพระดับจังหวัด

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ ER คุณภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางอาภรณ์ ภูมี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙ E-mail : Toymom๑@hotmail.com
๒. นางโสภิต วีระนาคินทร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๘๙-๗๐๙๑๗๒๕ E-mail : sopitweeranakin@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ
โครงการที่ ๑๙ : โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

๑.ตัวชี้วัดที่ ๓๔ ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
๓๔.๔ ระดับความสำเร็จของระบบส่งต่อผ่าน Application

- เอกสารอยู่ที่กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๒๐ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๓๕.๑ ร้อยละการดูแลคุณภาพชีวิตผู้ต้องขัง

๒. คำนิยาม:

ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ และผู้ป่วยที่ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายฎีกา ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการรักษา

ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศ์วงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” โดยต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่มีระบบหรือระเบียบการให้ความช่วยเหลือ และพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ รวมถึงค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ระบุในหนังสือ

ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑมาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่นๆ โดยมีใช้กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มี ๕ กระบวนการ ดังนี้

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม และระดับอำเภอ

๒. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อจัดทำแผน/แนวทางการดูแลหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๓. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ลงพื้นที่ให้การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑมาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้านตามแผนที่กำหนด

๔. รายงานข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ แบบบันทึกติดตามการรักษาผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ส่งเอกสารทุก ๖ เดือน

๔.๑ กรณีไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง (เดือนตุลาคม ๒๕๖๘–ธันวาคม ๒๕๖๘ และ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๙-กันยายน ๒๕๖๙)

๔.๒ กรณีที่ผู้ป่วยไปทำการรักษา และต้องส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น หรือได้รับการติดตามดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยบริการ ให้จัดส่งรายงานทุกครั้ง โดยรวบรวมส่งรายงานให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๕. มีนวัตกรรม Best Practice ในการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลรักษาตามสิทธิการรักษาและสิทธิพึงได้ตามคู่มือการดำเนินงานฯ (เล่มขาว) รวมถึงมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯอย่างต่อเนื่อง

๒. เพื่อให้อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์อย่างเป็นระบบ มีการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. คำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการระดับ อำเภอ

๒. สรุปรายงานผลการประชุมคณะกรรมการฯและแผนการลงเยี่ยมติดตามผู้ป่วยฯ

๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑๓ อำเภอ รายงานข้อมูล จำนวนและรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัดทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษา โดยบันทึกการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESS + IFFE ส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ทุก ๖ เดือน และ ๑ ปี

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติรับหรือมีใบโปรดเกล้า พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์

B : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอนุมัติรับหรือมีใบโปรดเกล้า พระราชทานรับเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ ที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

การดูแลผู้ป่วยฯตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ให้ได้รับการสนับสนุน ติดตาม และการส่งต่อรักษา บำบัดฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานของระบบบริการแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และกิจกรรมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ตามแนวทาง INHOMESS + IFFE โดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบมีส่วนร่วม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑมาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และได้รับสิทธิในการเบิกค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินสิทธิ ค่าเดินทาง และค่าสนับสนุนอื่นๆ โดยมีใช้กระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามคู่มือการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มี ๕ กระบวนการ ดังนี้

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม และระดับอำเภอ

๒. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ จัดประชุมคณะกรรมการ เพื่อจัดทำแผน/แนวทางการดูแลหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๓. คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ลงพื้นที่ให้การดูแลติดตาม เยี่ยมบ้าน และส่งต่อการรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑมาตรฐานของระบบบริการอย่างรอบด้าน ตามแผนที่กำหนด

๔. รายงานข้อมูลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยฯ โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล อาการ และความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ที่ได้รับข้อมูลจากผู้ป่วยหรือญาติ แบบบันทึกติดตามการรักษาผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ส่งเอกสารทุก ๖ เดือน

๔.๑ กรณีไม่มีอาการเปลี่ยนแปลง (เดือนตุลาคม ๒๕๖๘–ธันวาคม ๒๕๖๘ และ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๙-กันยายน ๒๕๖๙)

๔.๒ กรณีที่ผู้ป่วยไปทำการรักษา และต้องส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาตัวที่โรงพยาบาลอื่น หรือได้รับการติดตามดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพจากหน่วยบริการ ให้จัดส่งรายงานทุกครั้ง โดยรวบรวมส่งรายงานให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๕. มีนวัตกรรม Best Practice ในการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘-๖๐๓๖ E-mail : -
๒. นางสาวสุวิมล พานพิมพ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๘-๕๙๓-๒๘๘๐ E-mail : Princess_soon@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๒๐ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๓๕.๒ ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า

๒. คำอธิบาย

อำเภอประเมินผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ได้คะแนนตามเกณฑ์การประเมินและรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การดำเนินงานเพื่อสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน การดำเนินการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าหมดไปภายในปี พ.ศ.๒๕๖๘ โดยดำเนินการ ดังนี้

- จัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้าในหน่วยงานระดับสาธารณสุขอำเภอ เช่น แผนโครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ฯ แผนเตรียมพร้อมการตอบโต้การระบาดของโรคพิษสุนัขบ้า แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เป็นต้น ให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมตามระดับความเสี่ยงของพื้นที่
- ติดตามสถานการณ์โรคในสัตว์อย่างใกล้ชิด
- ดำเนินมาตรการสอบสวน และควบคุมโรคทั้งในคนและสัตว์ เมื่อพบรายงานสัตว์พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า หรือพบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า (มาตรการ ๑-๒-๓)

อำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคนเพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง อำเภอที่มีคะแนนตามเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าตามเอกสารแนบ โดยอำเภอที่มีการดำเนินงาน จะต้องมีคะแนนประเมิน ร้อยละ ๑๐๐

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง การสนับสนุน ส่งเสริม ผลักดัน เพื่อให้บรรลุตาม ยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในคนภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยตามพระปณิธานฯ การติดตามผู้สัมผัสสัตว์ยืนยันโรคพิษสุนัขบ้าให้เข้ารับการฉีดวัคซีนอย่างถูกต้องตามแนวทางเวชปฏิบัติ โดยเมื่อได้รับรายงานการพบโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ จะมีการดำเนินงานค้นหาติดตามผู้สัมผัสสัตว์เหล่านั้น เพื่อเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และมีการติดตามให้เข้ารับวัคซีนจนครบชุด จึงถือว่าเป็นการให้วัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติเพื่อให้ บรรลุเป้าหมาย คือ ไม่พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	N/A	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. ร้อยละของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับวัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติ	N/A	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอำเภอที่ให้ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน ในการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

๕. แหล่งข้อมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม/ HDC

๖. รายการข้อมูล

A : ผลการประเมินอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

B : การดำเนินงานติดตามผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับวัคซีนตามแนวทางเวชปฏิบัติ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว

๒.การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล (สำนักงานปศุสัตว์/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

๓. พัฒนาศักยภาพทีมนำในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่เสี่ยง

๔. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามในระดับอำเภอ

๕. การประเมินผลการดำเนินงานด้วยดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประเมินตนเองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้านสาธารณสุข

๒.บูรณาการการขับเคลื่อนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคร่วมกับ ปศอ./ท้องถิ่น

๓. วางเป้าหมายพื้นที่ปลอดโรค สื่อสารเป้าหมายให้พื้นที่รับทราบ (เป้าหมายในระดับตำบล)

๔. ร่วมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเพื่อการประเมินและรับรองพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าร่วมกับ ปศอ./ท้องถิ่น

๕. ร่วมคัดเลือกพื้นที่เพื่อประกาศเป็นพื้นที่ปลอดโรคร่วมกับเครือข่าย

๖. ขอหนังสือรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กรณีไม่พบ ผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าและโรคไข้สมองอักเสบไม่ทราบสาเหตุ

๗. ขอหนังสือรับรองจากปศุสัตว์อำเภอ (กรณีไม่พบโรคในสัตว์)

๘. จัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้า เช่น แผนโครงการสัตว์ปลอดโรค คน ปลอดภัยฯ แผนเตรียมพร้อมการตอบโต้การระบาดของโรคฯ แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคฯ เป็นต้น

๙. จัดทำรายงานการประชุมเร่งรัดการควบคุมโรค ระดับตำบล/อำเภอ

๑๐. จัดทำรายงานการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในพื้นที่ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อการพบโรคในคนและสัตว์และหาแนวทางในการปิด gap จาก feedback ในพื้นที่

๑๑. จัดทำรายงานการสอบสวนโรคของ (สสอ./รพช.) กรณีพบโรคพิษสุนัขบ้าในคนหรือสัตว์

๑๒. จัดทำแบบรายงาน Rabies-๑ ในการการติดตามผู้สัมผัส

๑๓. จัดทำแบบรายงานสรุปประเมินความรู้ประชาชนในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่

๑๔. จัดทำรายงานสรุปการประชุมร่วมกับหน่วยงานเครือข่าย เพื่อวางแผนมาตรการการสร้างพื้นที่ปลอดโรคร่วมกัน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙๖๐๔๐ E-mail : risk.com.mhsk@gmail.com
๒. นายวิษณุกร นาชัยดูลย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๕๙๗-๘๙๖๕ E-mail : wisanukron๒๕๓๐@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการ เป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ
โครงการที่ ๒๐ : โครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการพื้นที่เฉพาะ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๕ ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

๓๕.๓ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. คำอธิบาย

การสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง หน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สาธารณสุข การศึกษา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคประชาสังคม ร่วมบูรณาการทบทวนสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาที่เกิดจากโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ และนำมาวางแผนการดำเนินโครงการ และการกำกับติดตามเพื่อให้มีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง โดยมีมาตรการในการดำเนินงาน ดังนี้

๑. คัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยง เมื่อพบผู้ติดพยาธิให้การรักษาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒. คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

๓. จัดระบบสุขาภิบาล บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลสำหรับทุกพื้นที่ผ่านเทศบาล/อบต.

๔. สนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในนักเรียน เยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ประกอบการและประชาชน

๕. รณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ผ่านทุกช่องทางการสื่อสารตามบริบทพื้นที่

๖. บริหารจัดการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบและมีระบบรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์ทางเลือก

๗. รายงานการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล ตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รง. ๕๐๖, ระบบ HDC หรือ Isan cohort

๘. พัฒนานวัตกรรม และพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและการรักษามะเร็งท่อน้ำดี เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่เสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ

๕. แหล่งข้อมูล โปรแกรม Isan cohort/ HDC

๖. รายการข้อมูล

๑. การวิเคราะห์สถานการณ์และจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้น ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับ ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย จำนวน ๖,๐๐๐ ราย ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับ อายุ ๔๐ ปี ขึ้นไป ให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตร้าซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

๓. สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนความรู้เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน ๖๗๐ โรงเรียน ผ่านระบบ E - Learnings

๔. ประสาน อปท.ในพื้นที่เป้าหมาย จัดทำแผนงาน/โครงการจัดการสิ่งแวดล้อมและจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม/ข้อตกลง/มาตรการ หรือเอกชนจัดทำบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะและสามารถให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและบริการปฐมภูมิ ในการสื่อสารสาธารณะ/การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในให้แก่ประชาชน

๖. บูรณาการร่วมกับกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขในการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การบูรณาการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

๒. การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการกำกับติดตามในระดับอำเภอ และตำบล

๓. การประเมินผลการดำเนินงานด้วยดัชนีชี้วัดผลงาน (KPI) ด้านสาธารณสุข

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินระดับจังหวัด

๑. จัดทำแผนงาน/โครงการ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการป้องกัน ควบคุม รักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามยุทธศาสตร์ในพื้นที่ดำเนินงานและผู้ปกระกอบการร้านอาหาร/ผลิตภัณฑ์อาหารพื้นบ้านจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว

๓. พัฒนาองค์ความรู้ด้านวิชาการเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

๔. จัดระบบการติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๕. ติดตาม กำกับการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC

๖. จัดหา/สนับสนุนการดำเนินงาน ยา เวชภัณฑ์ วัสดุวิทยาศาสตร์ ชุดคัดกรองพยาธิฯ ให้แก่พื้นที่เป้าหมาย

แนวทางการดำเนินระดับอำเภอ

๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีตามมาตรการ

๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง

๓. พัฒนาทีมสุขภาพตำบลในการจัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม

๔. สนับสนุนการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เป้าหมาย

๔. จัดระบบการส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยด้วยการทำ CT/MRI เพื่อการรักษาพยาบาลด้วยการผ่าตัดและเสริมด้วยเคมีบำบัดที่เหมาะสม

๕. ประสาน ติดตามการรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี การดูแลประคับประคอง (palliative care) ทุกรายโดยการผสมผสานภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนปัจจุบันผ่านทีมหมอครอบครัว (Family care team)

๖. นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานให้เป็นไปตามตัวชี้วัด/การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort/HDC

แนวทางการดำเนินระดับตำบล

๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตาม ๕ มาตรการ

๒. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง/ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๓. จัดทำแผนสุขภาพตำบลโดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม

๔. การตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๔.๑ ให้บริการตรวจอุจจาระประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีประวัติเสี่ยงในการติดพยาธิใบไม้ตับในตำบลเป้าหมาย ให้การรักษาผู้ตรวจพบพยาธิฯทุกราย ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อเนื่องโดยใช้นวัตกรรมที่เหมาะสม

๔.๒ ถ้าพบผู้ติดพยาธิใบไม้ตับอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ส่งต่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ ถ้าผิดปกติส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

๔.๓ รายงานในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข/ระบบฐานข้อมูล Isan cohort/HDC

๕. มีระบบการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประคับประคองด้วยด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

๖. ประสาน/สนับสนุน อปท. ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ ผ่านเทศบาล/อบต.

๗. ประสาน ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน และสนับสนุนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็กและเยาวชน

๘. สนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดพยาธิในชุมชน

๙. วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายสุขสรร ศิริสุริยะสุนทร ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๗๙๙-๖๐๔๐ E-mail : Sooksun79@gmail.com

๒. นายวิษณุกร นาชัยดูลย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๒-๕๙๗-๘๙๖๕ E-mail : wisanukron2530@gmail.com

๓. นางศิริพร ระโยธี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ - E-mail : -

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓

ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ

(People Excellence)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ : ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่ ๒๑ : โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๖ ร้อยละจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ
๓๖.๑ สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. คำนิยาม

๑. เกณฑ์การกระจายแพทย์ หมายถึง แพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนตามสัดส่วนจำนวนเตียง ที่ใช้จริง (Active bed) ดังนี้

ช่วงของจำนวน Active bed (เตียง)	จำนวนขั้นต่ำที่ควรมีแพทย์ปฏิบัติงานตามสัดส่วนจำนวน Active bed (รวม ผู้อำนวยการโรงพยาบาล)
๐-๑๕	๓
๑๖-๓๐	๕
๓๑-๖๐	๑๐
๖๑-๙๐	๑๕
๓๑-๑๒๐	๒๐
๑๒๐ ขึ้นไป	๒๕

๒. แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานจริง ประกอบด้วย ข้าราชการ พนักงานราชการ และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน โดยไม่นับรวมแพทย์ลาศึกษา

๓. เตียงที่ใช้จริง (Active bed) หมายถึง จำนวนเตียงที่ได้ใช้รองรับผู้ป่วยจริง ในแต่ละหอผู้ป่วย (Ward) หรือแต่ละโรงพยาบาล คำนวณจากอัตราครองเตียง x จำนวนเตียงตามกำหนด หารด้วย ๑๐๐ หรือวันนอนผู้ป่วยใน ใน ๑ ปี หารด้วย ๓๖๕ (วัน) (ข้อมูลจาก กบรส. ณ มีนาคม ๒๕๖๘)

๔. โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอ ทำหน้าที่ให้บริการทุติยภูมิ (ข้อมูลจาก กบรส. ณ มีนาคม ๒๕๖๘)

ร้อยละจังหวัดที่มีสัดส่วนการกระจายแพทย์ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๕. การกระจายแพทย์ใน รพช. สังกัด สป.สธ. หมายถึง การมีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชน สังกัด สป.สธ.เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (A) รวมถึง การเติมแพทย์ในส่วนที่ขาดตามเกณฑ์ได้ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป

๖. สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ค่าเป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ร้อยละจังหวัดที่มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงใน รพช. เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	ร้อยละจังหวัดที่มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงใน รพช. เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐

๓. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้มีสัดส่วนแพทย์ที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนให้เพียงพอต่อภาระงาน

๒. เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการให้บริการรักษาประชาชนขั้นพื้นฐานและต่อเนื่อง

๓. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ระหว่างเขตเมืองและชุมชน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. แพทย์สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๒. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๔.แหล่งข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลชุมชน

๓. ระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข (ข้อมูล ณ มีนาคม ๒๕๖๘)

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลการตรวจราชการระดับจังหวัด ใช้ข้อมูล ณ ปัจจุบันก่อนลงพื้นที่ตรวจราชการ

๒. สรุปตรวจราชการรอบที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๘-มีนาคม ๒๕๖๙) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๙

๓. สรุปตรวจราชการรอบที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๖๘-กรกฎาคม ๒๕๖๙) : ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๙

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : $\frac{(A+B)*๑๐๐}{C}$ = ร้อยละ

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดที่มีเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดที่เติมแพทย์จากส่วนที่ขาด ณ ปัจจุบัน ได้ตั้งแต่ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป

C : จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดทั้งหมด

เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย	
รอบ ๖ เดือน	**รอบ ๑๐ เดือน**
วัดผลเชิงคุณภาพ	ร้อยละจังหวัดที่มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงใน รพช. เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

<u>รอบ ๖ เดือน วัดเชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์)</u>

หลักฐานการสนับสนุน

๑. วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)

๒. ระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพ ของกองบริหารการสาธารณสุข (ข้อมูล ณ มีนาคม ๒๕๖๘)

๓. แบบฟอร์มอื่นๆ

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำและทบทวนข้อมูลแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนให้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันในระบบ HROPS ตามรอบการประเมิน พร้อมกำกับติดตามการบันทึกข้อมูลของทุกหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. ระบบรายงานข้อมูลพื้นฐานสถานบริการสุขภาพของกองบริหารการสาธารณสุข เป็นฐานในการวิเคราะห์ภาระงาน เตียงที่ใช้จริง และความเพียงพอของกำลังแพทย์ในแต่ละ รพช.

๓. กำหนดแนวทางจัดสรรและกระจายแพทย์ให้สอดคล้องกับเกณฑ์สัดส่วนแพทย์ต่อเตียงที่ใช้จริงในแต่ละช่วงขนาดโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายร้อยละ ๗๐ ตามตัวชี้วัด

๔. ประสานเขตสุขภาพและหน่วยงานส่วนกลางในการวางแผนอัตรากำลัง การบรรจุทดแทนตำแหน่งว่าง และการส่งแพทย์ใช้ทุนหรือแพทย์เพิ่มพูนทักษะเข้าสนับสนุนพื้นที่ที่ขาดแคลน

๕. พัฒนามาตรการสร้างขวัญกำลังใจ เช่น ระบบพี่เลี้ยง การดูแลด้านวิชาการ การจัดตารางเวรที่เหมาะสม และความก้าวหน้าในสายอาชีพ เพื่อจูงใจให้แพทย์ปฏิบัติงานและอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง

๖. ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนาศักยภาพบริการตามแผนบริการสุขภาพของเขต (service plan) เช่น การมีแพทย์เฉพาะทางสาขาหลักในบางแห่ง เพื่อลดการส่งต่อและเพิ่มความพึงพอใจของแพทย์และประชาชน

๗. จัดระบบติดตามตามแบบฟอร์มรายงานความก้าวหน้าการดำเนินการการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนตามเกณฑ์ในแต่ละรอบการประเมิน (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน) และรายงานผลต่อคณะกรรมการบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (CHRO)

๘. นำผลการประเมินไตรมาสทั้งปีมาใช้ปรับปรุงแผนการกระจายแพทย์ในปีถัดไป เพื่อให้บรรลุเป้าหมายปี ๒๕๖๙ และต่อยอดสู่เป้าหมายร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๗๐ อย่างต่อเนื่อง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำและปรับปรุงข้อมูลแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งให้ถูกต้องตามนิยามและบันทึกในระบบ HROPS ภายในระยะเวลาที่กำหนดของแต่ละรอบประเมิน

๒. จัดทำรายชื่อและสถานะกำลังคนสายงานแพทย์ (ปฏิบัติงานจริง ลาศึกษา ตำแหน่งว่าง) รายโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์และวางแผนการกระจายแพทย์อย่างต่อเนื่อง

๓. ใช้ข้อมูลเตียงที่ใช้จริงและข้อมูลวันนอนผู้ป่วยในของแต่ละโรงพยาบาลชุมชนมาคำนวณ Active bed และเปรียบเทียบกับเกณฑ์สัดส่วนแพทย์ที่กำหนดในตัวชี้วัด

๔. จัดทำและดำเนินการแผนการกระจายและจัดสรรแพทย์ไปยังโรงพยาบาลชุมชนให้สอดคล้องกับเกณฑ์สัดส่วนแพทย์ต่อเตียงและเป้าหมายตัวชี้วัดประจำปี

๕. กำหนดและดำเนินมาตรการสนับสนุนและจูงใจ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติงานและการคงอยู่ของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน

๖. จัดให้มีระบบกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานด้านการกระจายแพทย์ตามรอบไตรมาส และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงการบริหารจัดการกำลังคนในปีถัดไป.

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสุธิดา คณะมะ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
โทร ๐๘๑-๙๕๔๕๐๘๙ E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com
๒. นางภัทราภรณ์ ภูมิโยธา ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๕-๖๑๑๑๑๑๖๖ E-mail : personmk๒๐๑๑@gmail.com

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔

ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล Governance Excellence
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ ๒๒ : โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๗ : โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

๓๗.๑ ร้อยละของหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูง

๒. คำนิยาม

หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนที่เปิดให้บริการแล้ว และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: CTAM+)

เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ CTAM+ : Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus

๑. หน่วยงานดำเนินการปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมีใบรับรองมาตรฐาน)

๒. หน่วยงานส่งผลประเมินตนเองพร้อมหลักฐานให้คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางที่กำหนด

๓. คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ค่าคะแนนรายหน่วยงาน ระดับเขียว/สูง เหลือง/กลาง แดง/ต่ำ และส่งผลให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารที่อีเมล cyberaudit@moph.go.th ทุกวันพฤหัสบดี

๔. กรณีหน่วยงานที่ผลประเมินระดับสูง (เขียว) ให้ส่งยืนยันการรักษาระดับรอบ ๖ เดือน (มีนาคม) รอบ ๙ เดือน (มิถุนายน) และ รอบ ๑๒ เดือน (กันยายน) ไม่เกินวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน



Backup หมายถึง การสำรองข้อมูลอย่างน้อย ๑ วัน และย้อนหลังได้ ๗ วันเป็นอย่างน้อย ตามมาตรฐาน โดยจัดเก็บบนระบบ Logical HDD หรือ Physical HDD และจัดเก็บ Backup ในรูปแบบ ๓-

Antivirus Software หมายถึง การติดตั้ง Next-gen Anti-virus หรือ EDR หรือ XDR ที่เครื่องฝั่ง Server ทุกเครื่องและอัพเดต Signature ทุกวันและมีเอกสารแนบระบุ Product และ version อย่างละเอียดชัดเจน โดย Anti-virus จะต้อง Active ตลอดเวลา ในการดำเนินการ Phase๑ จะตรวจสอบติดตั้งเฉพาะกลุ่ม Server ก่อนเท่านั้น โดยครอบคลุม Operating System (OS) ของระบบ HIS หรือ Software HIS เป็นอย่างน้อย และต้องมีเอกสารแนบอย่างละเอียดให้ชัดเจน

Access Control (Public และ Private) หมายถึง การควบคุมการเข้าถึงระบบโดยใช้งานสิทธิ์ระดับ High privileged Privileged Access Management (PAM) : การรักษาความปลอดภัยของข้อมูลติดตาม ตรวจหา และป้องกันการใช้สิทธิ์การเข้าถึงทรัพยากรที่สำคัญในระดับสูง

Business Continuity Plan (BCP) หมายถึง การทดสอบอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง และมีการจัดทำรายงานถึงขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจนรวมถึงระยะเวลาดำเนินการและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการ

Disaster Recovery site (DR) หมายถึง มีระบบ Disaster Recovery site (DR) ในกรณีฉุกเฉินที่ระบบหลักมีปัญหาและไม่สามารถใช้งานได้

OS Patching หมายถึง การอัพเดต Security Patching ในระดับ Operating System ทั้ง Windows/Linux ทุกๆ ๖ เดือน หรือ ทันทีหากมี Critical security patching โดยการตรวจสอบจะต้องไม่มี Security Patch ระดับ Critical ,High เกิดขึ้น โดยครอบคลุม Operating System (OS) ของระบบ HIS หรือ Software HIS เป็นอย่างน้อย และต้องมีเอกสารแนบอย่างละเอียดให้ชัดเจน

Multi-Factor Authentication (๒FA) หมายถึง การใช้งานระบบ เพื่อยืนยันตัวตน ๒ ชั้น ในการเข้าถึงระบบต่างๆ สำหรับ Admin ที่ใช้งานระบบ

Web Application Firewall (WAF) หมายถึง การใช้งาน Web Application Firewall (WAF) กรณีที่มีระบบเป็น Web Application ในรูปแบบ Cloud security เพื่อป้องกันการโจมตีตามมาตรฐาน OWASP Top ๑๐ ได้เป็นอย่างน้อย

Log Management หมายถึง ระบบการจัดเก็บ Log อินเตอร์เน็ต และคอมพิวเตอร์ ตาม พ.ร.บ.ฯ อย่างน้อย ๙๐ วัน โดยรายละเอียด

Security Information & Event Management) หมายถึง ระบบ SIEM เพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมของ Cyber Attack บนระบบที่ให้บริการทั้งระดับ,Infrastructure และ Operating system (OS) โดยจะต้องคลอบคลุมการตรวจจับพื้นฐาน

Vulnerability Assessment (VA Scan) หมายถึง การดำเนินการ Vulnerability Assessment (VA Scan) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ในระดับ Operating system) (OS) โดยจะต้องดำเนินการแก้ไข CVE และช่องโหว่ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยจะต้องไม่มีความเสียงระดับ Critical, High ในระบบที่ตรวจสอบ โดยครอบคลุม Operating System (OS) ของระบบ HIS หรือ Software HIIS เป็นอย่างน้อย และต้องมีเอกสารแนบอย่างละเอียดให้ชัดเจน

Penetration Testing หมายถึง การทำ Penetration Testing ของ Web Application ในรูปแบบของ Graybox หรือ Blockbox อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และดำเนินการแก้ไขโดยจะต้องไม่มีช่องโหว่ระดับ Severity Critical, High เกิดขึ้น และไม่มีช่องโหว่ที่เกิดขึ้นตามมาตรฐาน OWASP TOP๑๐ และต้องมีเอกสารแนบอย่างละเอียดให้ชัดเจน

ความปลอดภัยไซเบอร์ ระดับต่ำ (สีแดง) หมายถึง ไม่ผ่านข้อที่ ๑-๔ Backup, Antivirus Software, Access Control (Public และ Private), Privileged Access Management (PAM)

ความปลอดภัยไซเบอร์ ระดับกลาง (สีเหลือง) หมายถึง ต้องผ่านข้อที่ ๑-๔ Backup, Antivirus Software, Access Control (Public และ Private), Privileged Access Management (PAM)

ความปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูง (สีเขียว) หมายถึง ต้องผ่านข้อที่ ๕-๑๑ Business Continuity Plan (BCP),Disaster Recovery Plan (DRP), OS Patching, Multi-Factor Authentication (๒FA), Web Application Firewall (WAF), Log Management, Security Information & Event Management (SIEM), Vulnerability Assessment (VA Scan)

ความปลอดภัยไซเบอร์ส่วนเสริม (Optional) CTAM + (Plus) หมายถึง ข้อที่ ๑-๖

๑. สำรวจและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล

๒. อัปเดตซอฟต์แวร์หรือแพตช์ด้านความปลอดภัยอยู่เสมอ

๓. Network Segmentationการแบ่งแยกเครือข่ายระบบสำคัญออกจากเครือข่ายระบบอื่น

๔. ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์

๕. Penetration Testing ทดสอบเจาะระบบสำคัญ หรือที่มีความเสี่ยงและแก้ไขช่องโหว่หรือความเสี่ยงนั้น

๖. มีนโยบายด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านดังกล่าว

หน่วยงาน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สกมช. (NCSA) หมายถึง สำนักงานคณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ (สกมช.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบงานตามพระราชบัญญัติ และประสานการปฏิบัติงานร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน ไม่ว่าในสถานการณ์ทั่วไปหรือสถานการณ์ที่เป็นภัยต่อความมั่นคงอย่างร้ายแรง อันจะทำให้การป้องกันและการรับมือกับภัยคุกคามทางไซเบอร์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

หลักสูตรความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับพื้นฐาน หมายถึง โครงการเร่งรัดการพัฒนาบุคลากรด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ https://learn.thnca.or.th

หลักสูตรความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับพื้นระดับสูง หมายถึง โครงการเร่งรัดการพัฒนาบุคลากรด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ https://learn.thnca.or.th

พระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒ เป็นกฎหมายที่มุ่งเน้นการป้องกัน รับมือ และลดความเสี่ยงจากภัยคุกคามทางไซเบอร์ที่อาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของรัฐและความสงบเรียบร้อย โดยบังคับใช้เข้มข้นกับ หน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศ (CII) (เช่น การเงิน, พลังงาน, สาธารณสุข) และแบ่งระดับภัยคุกคามออกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ร้ายแรง ระดับร้ายแรง และระดับวิกฤต ซึ่งให้อำนาจเจ้าหน้าที่รัฐในการตรวจสอบ เข้าถึงข้อมูล หรือยึดอายัดอุปกรณ์ได้เข้มข้นขึ้นตามความรุนแรงของสถานการณ์ เพื่อให้สามารถระงับเหตุและแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๑. ร้อยละผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์โรงพยาบาลระดับสูง

๒. ร้อยละของพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบผ่านการอบรมหลักสูตรด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับพื้นฐาน และระดับสูง

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ระดับสูง (สีเขียว)	-	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. ร้อยละบุคลากร/ผู้ดูแลระบบผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบในด้านความมั่นคงปลอดภัยทางด้านไซเบอร์ระดับสูง	-	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๓. ร้อยละหน่วยบริการดำเนินการตามพระราชบัญญัติ การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒	-	-	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกัน ตรวจจับ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์

๒. เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ที่ส่งผลต่อการให้บริการประชาชน และอาจส่งผลต่อการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

๓. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุมคามทางไซเบอร์

๔. เพื่อให้ศูนย์ประสานการรักษาความมั่นคงปลอดภัยระบบคอมพิวเตอร์ของหน่วยงานโครงสร้างพื้นฐานสำคัญทางสารสนเทศด้านสาธารณสุข (HealthCERT) ได้รับการประสานงานอย่างรวดเร็ว และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์ได้ทันเวลา

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล Cybersecurity Dashboard (https://ict.moph.go.th/th/extension/๑๕๒๔)

๑. หน่วยงานดำเนินการปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมีใบรับรองมาตรฐาน)

๒. หน่วยงานส่งผลประเมินตนเองพร้อมหลักฐานให้คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางที่กำหนด ซึ่งจะแจ้งเวียนเป็นทางการต่อไป

๓. คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือคณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ค่าคะแนนรายหน่วยงาน ระดับเขียว/สูง เหลือง/กลาง, แดง/ต่ำ และส่งผลให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางอีเมล health-cirt@moph.go.th ทุกวันพฤหัสบดี

๔. กรณีหน่วยงานที่ผลประเมินระดับสูง (เขียว) ให้ส่งยืนยันการรักษาระดับรอบ ๖ เดือน (มีนาคม) รอบ ๙ เดือน (มิถุนายน) และรอบ ๑๒ เดือน (กันยายน) ไม่เกินวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน

๖. รายการข้อมูล

A = หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง (สีเขียว)

B = หน่วยงานทั้งหมด (หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในคำนิยาม)

A = หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลระบบในด้านความมั่นคงปลอดภัยทางด้านไซเบอร์สำหรับโรงพยาบาล

B = หน่วยงานทั้งหมด (หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในคำนิยาม)

A = หน่วยงานที่ดำเนินการตามพระราชบัญญัติการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. ๒๕๖๒

B = หน่วยงานทั้งหมด (หน่วยงานตามที่กำหนดไว้ในคำนิยาม)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ยกระดับโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและมาตรการป้องกัน : ปรับปรุงระบบเครือข่าย เครื่องแม่ข่าย และอุปกรณ์ความปลอดภัย (Firewall, AD, Endpoint Protection) ให้รองรับเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง (สีเขียว)

๒. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านดิจิทัล : ส่งเสริมให้ผู้ดูแลระบบ (Admin) และบุคลากรทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจและผ่านการอบรมด้าน Cybersecurity (ตามเกณฑ์ข้อ ๒ ของเป้าหมาย)

๓. สร้างกลไกการตรวจสอบและเฝ้าระวัง : จัดให้มีกระบวนการตรวจสอบช่องโหว่ (VA Scan) การซ้อมรับมือภัยคุกคาม (Drill) และการตรวจสอบภายใน (Internal Audit) อย่างสม่ำเสมอ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การบริหารจัดการความเสี่ยงและปิดช่องโหว่: หน่วยงานดำเนินการประเมินตนเอง (Self-Assessment) และจัดทำ Vulnerability Assessment (VA Scan) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง พร้อมทั้งดำเนินการ Patch OS และ Software ให้เป็นปัจจุบัน เพื่อปิดช่องโหว่ระดับ Critical และ High

๒. การรักษาความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลและระบบ: ดำเนินการสำรองข้อมูล (Backup) ตามหลักการ ๓-๒-๑, ติดตั้งและอัปเดต Antivirus/EDR, และจัดการสิทธิ์การเข้าถึง (Access Control/PAM) ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

๓. การเตรียมความพร้อมและการตอบโต้เหตุการณ์: จัดทำและซ้อมแผนความต่อเนื่องทางธุรกิจ (BCP) และแผนกู้คืนระบบ (DRP) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง รวมถึงส่งรายงานผลการประเมินและการรักษาระดับความปลอดภัยให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศฯ ตามรอบเวลาที่กำหนด (มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายเดชาชิต แก้วม่วง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๔-๘๒๘๒๙๓๙ E-mail : thait-rex@hotmail.com
๒. นายบัญชา อุดมวิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๕-๖๖๓๔๑๔๘ E-mail : bancha_u@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ ๒๒ : โครงการยกระดับความมั่นคงไซเบอร์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๗.๒ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป
๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติและอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อมโดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้

(๑) ด้านโครงสร้าง เพิ่มเกณฑ์การประเมินให้ครอบคลุมมาตรฐาน ISO ๒๗๐๐๑ (๓๐๐ คะแนน) เช่น ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ที่ให้ความสำคัญกับการจัดการด้านสถานที่ ห้องควบคุม Data center ให้ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย การสำรองข้อมูล การจัดการข้อมูล ด้านการบริหารจัดการ เน้นการส่งข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลให้ทุกโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ เป็นต้น

(๒) ด้านบริหารจัดการ เพิ่มการบริการจัดการ (๓๐๐ คะแนน) เช่น การส่งข้อมูลและเชื่อมโยงข้อมูลให้ทุกโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ การอำนวยการความสะดวกในการชำระค่าใช้จ่ายแบบ ไร้เงินสดการบริหารจัดการทางการการเงิน การเรียกเก็บค่าบริการ การส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ การสื่อสารภายในองค์กร ระบบสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น

(๓) ด้านการบริการ เพิ่มรูปแบบการบริการดิจิทัลสุขภาพ (๓๐๐ คะแนน) เช่น ระบบการนัดหมายจองคิวออนไลน์ การใช้ระบบแพทย์ทางไกล (telemedicine) การรับ-ส่งยาใกล้บ้าน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นต้น

(๔) ด้านบุคลากร ซึ่งเป็นเกณฑ์ใหม่ (๑๐๐ คะแนน) เน้นการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้บริหารสุงสุดขององค์กร ผู้บริหารองค์กร เจ้าหน้าที่ IT และเจ้าหน้าที่ทั่วไปได้รับการฝึกอบรมหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะความรู้ทางด้านดิจิทัล ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงาน ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภายใต้โรงพยาบาลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน และเพิ่มขีดความสามารถในการปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น

เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านโครงสร้าง

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนนเต็ม	คะแนนจำเป็น
๑.๑ ห้อง Data Center ที่ได้มาตราฐาน	๗๓	๕๕
๑.๒ ระบบ Compute and Storage ที่มีประสิทธิภาพและความมั่นคงปลอดภัยสูง	๕๐	๓๐
๑.๓ ระบบสำรองข้อมูล	๓๑	๒๕
๑.๔ ระบบเครือข่ายอินเตอร์เน็ต	๘	๕
๑.๕ ระบบเครือข่ายภายในองค์กร	๗๔	๓๐
๑.๖ Computer and Computer-like device	๓๐	๑๐
๑.๗ Software/Application	๑๕	๑๐
๑.๘ Hospital information System	๑๙	๕
รวมคะแนน	**๓๐๐**	**๑๗๐**

๒. ด้านการบริหารจัดการ

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนนเต็ม	คะแนนจำเป็น
๒.๑ Provider ID	๕๐	๒๐
๒.๒ การเชื่อมโยง PHR กระทรวงสาธารณสุข	๔๐	๒๕
๒.๓ Financial management	๑๐	๘
๒.๔ สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์	๓๐	๑๕
๒.๕ การสื่อสารองค์กร	๑๔	๑๐
๒.๖ ทางการสื่อสาร (Communication Technology)	๑๔	๑๐
๒.๗ ระบบหนังสือราชการอิเล็กทรอนิกส์	๒๐	๑๐
๒.๘ Payment	๑๐	๑๐
๒.๙ Health ID	๑๐	๑๐
๒.๑๐ ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP)	๑๗	๑๐
๒.๑๑ ระบบ Management Information System (MIS)	๓๓	๒๐
๒.๑๒ Data Governance	๕๒	๒๒
รวมคะแนน	**๓๐๐**	**๑๗๐**

๓. ด้านการบริการ

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนนเต็ม	คะแนนจำเป็น
๓.๑ มีจุดให้ประชาชนสามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk)	๑๗	๑๐
๓.๒ มีระบบคิวดิจิทัล (digital que)	๑๗	๑๐
๓.๓ มีระบบนัดหมายออนไลน์	๔๐	๒๕
๓.๔ OPD paperless	๔๐	๒๐
๓.๕ IPD paperless	๖๐	๓๓
๓.๖ มีระบบเชื่อมโยงอุปกรณ์ Smart IoT กับ HIS หรือฐานข้อมูลโรงพยาบาล เช่น เครื่องวัดความดัน, เครื่องวัดอุณหภูมิ, เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG), เครื่องชั่งน้ำหนัก, เครื่องวัดส่วนสูง, เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้ว	๑๕	๑๑
๓.๗ ระบบการแพทย์ทางไกล	๕๘	๓๙
๓.๘ มีระบบบริการ home service	๑๘	๑๒
๓.๙ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง	๑๐	๐
๓.๑๐ การสร้างนวัตกรรมทางสารสนเทศ	๑๐	๕
๓.๑๑ การออกเอกสารอิเล็กทรอนิกผ่านระบบ MOPH CERT (ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์) ที่มี Digital Signature ตาม พรบ.ว่าด้วยธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรา ๒๖ และ ๒๘ พ.ศ.๒๕๔๔	๑๕	๕
รวมคะแนน	**๓๐๐**	**๑๗๐**

๔. ด้านบุคลากร

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนนเต็ม	คะแนนจำเป็น
๔.๑ ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร	๕	๐
๔.๒ การอบรมหลักสูตรโดยกระทรวงฯ ของผู้บริหารองค์กร	๓๐	๐
๔.๓ การอบรมหลักสูตร E-learning MOPH Academy	๖๐	๐
๔.๔ ขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพดิจิทัล	๕	๐
รวมคะแนน	**๑๐๐**	**๐**

เกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ หมายถึง เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM: Cybersecurity Technical Assessment Matrix)

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง หมายถึง ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ตามที่กำหนดครบทุกข้อ ดังนี้

๑. Backup
๒. Antivirus Software
๓. Access Control (Public และ Private)
๔. Privileged Access Management (PAM)
๕. Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP)
๖. OS Patching
๗. Multi-Factor Authentication (๒FA)
๘. Web Application Firewall (WAF)
๙. Log Management
๑๐. Security Information & Event Management (SIEM)
๑๑. Vulnerability Assessment (VA Scan)
๑๒. สำรวจและปิดระบบงานที่ไม่ได้ใช้งานเพื่อป้องกันการเข้าถึงข้อมูล
๑๓. อัปเดตซอฟต์แวร์หรือแพตช์ ด้านความปลอดภัย
๑๔. Network Segmentation
๑๕. ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์
๑๖. Penetration Testing
๑๗. มีนโยบายด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาบุคลากรด้านดังกล่าว

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของโรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. ผ่านการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย

๒. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้

๓. เพื่อให้การบริการจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร

๔. เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ทางด้านดิจิทัล ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงาน ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภายใต้โรงพยาบาลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. โรงพยาบาลศึกษาและทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมิน ประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินในแบบฟอร์มการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ และส่งผลการประเมินตนเองให้คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัด อย่างน้อยห้าวันก่อนการตรวจประเมิน

๒. คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดลงพื้นที่เพื่อตรวจประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ตามเกณฑ์ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้

๑) ลงบันทึกการประเมินตามเกณฑ์ และแบบสรุปคะแนน ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒) การตรวจประเมินยึดแนวทางการตรวจเยี่ยม เสริมพลัง มุ่งเน้นให้เกิดการยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ดูหลักฐานข้อมูลตามบริบทความเป็นจริง หาจุดแข็งและโอกาสในการพัฒนา รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

๓) คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดคืนข้อมูล ประเด็นข้อชื่นชม โอกาสพัฒนา และข้อเสนอแนะ ต่อโรงพยาบาลที่รับการประเมิน ในวันที่ทำการตรวจประเมิน

๔) กรรมการผู้ตรวจประเมิน สรุปผลการตรวจประเมิน ทั้งในประเด็นข้อชื่นชม และโอกาสพัฒนา ข้อเสนอแนะ เสนอต่อประธานคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดพิจารณาลงนามรับรองผลการตรวจประเมิน

๓. คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดแจ้งผลการตรวจประเมินไปยังคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเขตสุขภาพ

๔. คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเขตสุขภาพลงตรวจประเมินโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ ๘๐๐ คะแนน ขึ้นไป

๕. คณะกรรมการประเมินผลโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับเขตรับรองผลการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะทุกแห่ง และส่งผลมายังสำนักงานสุขภาพดิจิทัล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๖. รายการข้อมูล

A : ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน

B : ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน

C : ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน

D : ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : คะแนนประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ = A+B+C+D

ในการขับเคลื่อนโรงพยาบาลอัจฉริยะของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ มีเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้านดังนี้

๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน คะแนนจำเป็น ๑๗๐ คะแนน

๒. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน คะแนนจำเป็น ๑๗๐ คะแนน

๓. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน คะแนนจำเป็น ๑๗๐ คะแนน

๔. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น ๓ ระดับ ดังนี้

๑. ระดับเงิน ๖๐๐–๖๙๙ คะแนน

๒. ระดับทอง ๗๐๐-๗๙๙ คะแนน ***ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๑๗๐ คะแนน ด้านบริหาร ๑๗๐ คะแนน และด้านการบริการ ๑๗๐ คะแนน**

๓. ระดับเพชร ๘๐๐ คะแนน ขึ้นไป ***ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๑๗๐ คะแนน ด้านบริหาร ๑๗๐ คะแนน และด้านการบริการ ๑๗๐ คะแนน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร**

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. เน้นการสร้างและบำรุงรักษาระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายให้ได้มาตรฐาน เพื่อรองรับการเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ

๒. เน้นการจัดการข้อมูลบุคลากรและระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน

๓. เน้นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการบริการผู้ป่วยเพื่อลดขั้นตอนและลดการใช้กระดาษ

๔. เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับด้านดิจิทัลและ PDPA เพื่อรองรับการทำงานในยุค Smart Hospital

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัด

๒. จัดทำแผนการตรวจประเมิน และแจ้งแนวทางการตรวจประเมินและแนวทางรับ การตรวจประเมิน

๓. ประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ

๔. คืนข้อมูลผลการตรวจประเมิน ประเด็นข้อชื่นชม โอกาสพัฒนาและข้อเสนอแนะ ต่อโรงพยาบาล

๕. รายงานผลการตรวจประเมินไปยังคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับ เขตสุขภาพ

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายเดชาชิต แก้วม่วง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๔-๘๒๘ ๒๙๓๙ E-mail : phanpichit@gmail.com
๒. นายสุเมธ ระโยธี ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๓-๓๕๕๑๖๗๗ E-mail : sumat.r@moph.mail.go.th

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล
โครงการที่ ๒๒ : โครงการยกระดับความมั่นคงไซเบอร์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๗.๓ : ระดับความสำเร็จการดำเนินโครงการ หมอไม่ล้าประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๒. คำนิยาม

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของประชาชนในการใช้บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย เช่น การรักษาพยาบาล การตรวจสุขภาพ การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ในระดับที่สามารถเข้าถึงได้อย่างเหมาะสมและเท่าเทียมกัน โดยไม่ถูกจำกัดด้วยปัจจัยต่างๆ เช่น ต้นทุนการรักษา ระยะทาง หรือข้อจำกัดด้านเวลา

ความพร้อมของระบบการบริการ การเชื่อมต่อประชาชน/หน่วยบริการ หมายถึง ความสามารถในการให้บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ, รวดเร็ว, และปลอดภัย โดยรวมถึงการเตรียมทรัพยากรที่จำเป็น (บุคลากร, อุปกรณ์, สถานที่), การเชื่อมโยงข้อมูลที่ทันสมัย, การวางแผนและจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ, การพัฒนาทักษะของบุคลากร, และการเชื่อมโยงหน่วยบริการต่างๆ ซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างอย่างสะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

ระบบเชื่อมต่อประชาชน/หน่วยบริการมีหลายมิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

๑. Super App หมายถึง "Application หมอพร้อมพลัส" ที่ทำหน้าที่เป็น แพลตฟอร์มกลางด้านสุขภาพดิจิทัล (Single Portal) ของประเทศไทย โดยมีจุดประสงค์หลักคือการรวมบริการสุขภาพของภาครัฐกว่า ๕๐ แอปพลิเคชันไว้ในที่เดียว เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครบวงจร สะดวก ทั่วถึง และปลอดภัย

เป้าหมายคือการสร้าง Single Portal ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการได้ครบวงจร สะดวก ทั่วถึง และปลอดภัย บริการหลักที่รวมอยู่ใน Super App ได้แก่

การนัดหมายออนไลน์ : จองคิวแพทย์ได้ทุกหน่วยบริการในแอปพลิเคชั่น เดียว

ข้อมูลสุขภาพ : ดูประวัติการรักษา ประวัติการรับยา และเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์

Telemedicine: พบแพทย์ออนไลน์ ปรึกษาทางไกล และรับใบสั่งยา/ใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์

Super App นี้ทำหน้าที่ลดภาระงานเจ้าหน้าที่ด้วยระบบอัตโนมัติ และใช้เป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย **"หมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี"**

๒. ปัญญาประดิษฐ์ AI หมายถึง AI (Artificial Intelligence) ในระบบ Digital Health Platform ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เทคโนโลยีที่ถูกประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ (Service Enhancement) และการบริหารจัดการ (Management) โดยมีบทบาทหลักที่สำคัญ ดังนี้

การเพิ่มประสิทธิภาพการวินิจฉัยและการรักษา (Clinical Support):

AI CXR (Chest X-ray) ใช้ AI ในการช่วยคัดกรองภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อตรวจหาความเสี่ยงของโรคสำคัญ เช่น วัณโรคปอด (TB) และมะเร็งปอด (Lung Cancer)

AI CDS (Clinical Decision Support) ใช้เป็นเครื่องมือช่วยแพทย์ในการตัดสินใจทางการแพทย์และคลินิก

การบริหารจัดการข้อมูลและทรัพยากร (Management and Data)

ใช้ AI ในการบริหารจัดการ คน งาน เงิน และข้อมูล (Man, Money, Material, Data) ในระบบสาธารณสุข

AI Summary: ช่วยสรุปข้อมูลทางการแพทย์ เพื่อลดภาระงานของบุคลากร

AI Chatbot: ให้บริการถาม-ตอบ หรือให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ประชาชน

การพัฒนานวัตกรรม (Innovation)

สนับสนุนการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine)

๓. ERP บริหารเชิงยุทธศาสตร์ (ERP : Enterprise Resource Planning) ระบบบริหารจัดการทรัพยากรขององค์กรแบบบูรณาการที่ใช้ในการวางแผนและตัดสินใจในระดับนโยบาย โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรของหน่วยบริการสาธารณสุข ERP บริหารเชิงยุทธศาสตร์ คือ การนำระบบ ERP มาใช้ในการ

๑. เชื่อมต่อข้อมูลทรัพยากร : ระบบจะเชื่อมต่อข้อมูลสำคัญของแต่ละโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน เช่น ข้อมูลจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยวิกฤต (ICU)

๒. วิเคราะห์และแสดงผล (Dashboard): ใช้ในการวิเคราะห์การใช้ทรัพยากร และแสดงผลรวมในรูปแบบ Dashboard ทั่วประเทศ

๓. วางแผนจัดสรรทรัพยากร : ช่วยให้ผู้บริหารสามารถวางแผนจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ และใช้ในการบริหารเชิงยุทธศาสตร์

๔. ติดตามความพึงพอใจ (CRM) : ระบบนี้ยังทำงานร่วมกับ CRM (Customer Relationship Management) เพื่อใช้ในการติดตามความพึงพอใจของผู้รับบริการด้วย

ดังนั้น ERP ในบริบทนี้จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้บริหารสามารถมองเห็นภาพรวมของทรัพยากรทั้งหมดในระบบ (เช่น บุคลากร ยา เวชภัณฑ์ และเตียง) เพื่อทำการตัดสินใจเชิงยุทธศาสตร์ได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

๔. CRM ติดตามความพึงพอใจ (CRM: Customer Relationship Management)

หมายถึง ระบบบริหารจัดการความสัมพันธ์กับผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือการรับฟังและประเมินผลการให้บริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพ

นิยามและบทบาท

CRM ติดตามความพึงพอใจ คือ การนำระบบการจัดการลูกค้าสัมพันธ์มาประยุกต์ใช้ในระบบบริการสุขภาพ โดยมีหน้าที่หลักในการ

๑. ติดตามความพึงพอใจ : เป็นระบบที่ใช้สำหรับ ประเมินความพึงพอใจของประชาชนหลังเข้ารับบริการผ่านช่องทางดิจิทัล

๒. เชื่อมต่อข้อมูล : ระบบนี้จะถูกเชื่อมต่อเข้ากับระบบหลักของโรงพยาบาล (HIS) เพื่อให้สามารถรวบรวมข้อมูลหลังการให้บริการได้อย่างเป็นระบบ

๓. สนับสนุนการบริหารเชิงยุทธศาสตร์ : CRM จะทำงานควบคู่กับ ERP เพื่อให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) เกี่ยวกับคุณภาพบริการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจและปรับปรุงเชิงยุทธศาสตร์

๔. ช่องทางประเมิน : สามารถทำได้ผ่านแอปพลิเคชั่น หมอพร้อมพลัส (Super App) หรือ LINE OA

ดังนั้น CRM จึงเป็นเครื่องมือที่ช่วยเปลี่ยนมุมมองจากการให้บริการ (Service Delivery) ไปสู่การสร้างความสัมพันธ์ (Relationship Management) และนำเสียงของผู้ป่วยมาเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาบริการในระบบสุขภาพดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง

๕. ระบบนัดหมายออนไลน์ เป็นระบบที่ช่วยให้ผู้ใช้บริการสุขภาพสามารถจองคิวและทำการนัดหมายได้ง่ายและสะดวกผ่านช่องทางออนไลน์ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม เช่น เว็บไซต์หรือแอปพลิเคชั่นบนมือถือ โดยไม่ต้องไปที่สถานพยาบาล ทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นไปได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ช่วยลดปัญหาการรอคิวในสถานพยาบาลและทำให้การจัดการทรัพยากรของสถานพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

๖. ใบรับรองแพทย์ดิจิทัล คือ ใบรับรองการเจ็บป่วยหรือการรักษาที่ออกโดยแพทย์ในรูปแบบดิจิทัล ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม ที่สามารถตรวจสอบได้ทางออนไลน์ โดยไม่ต้องใช้เอกสารกระดาษ การใช้ใบรับรองแพทย์ดิจิทัลช่วยให้ผู้ใช้บริการสะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย โดยมีระบบการยืนยันความถูกต้องของเอกสารผ่านเทคโนโลยีต่างๆ เช่น ลายเซ็นดิจิทัล หรือรหัส QR เพื่อป้องกันการปลอมแปลง

๗. MOPH Refer คือ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านช่องทางดิจิทัล ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) ของไทย เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อข้อมูลสุขภาพจากสถานพยาบาลหนึ่งไปยังอีกสถานพยาบาลหนึ่งอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามความต้องการและลดความล่าช้าในการรักษา ทั้งยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการบริการสุขภาพในระบบการรักษาของประเทศ

๘. Imaging Hub คือ แพลตฟอร์มที่ช่วยในการเก็บ จัดการ และแชร์ข้อมูลภาพทางการแพทย์ ทำให้ข้อมูลภาพดิจิทัลสามารถเข้าถึงได้ง่ายและปลอดภัย ระบบนี้สนับสนุนการวิเคราะห์ภาพทางการแพทย์และการวินิจฉัยโรคในรูปแบบที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่นๆ เช่น PACS, EHR และการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล (telemedicine) เพื่อช่วยให้การรักษาและการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว

Care Giver ID หมายถึง ระบบที่อนุญาตและยืนยันตัวตนของบุคคลที่ทำหน้าที่ ให้การดูแล (Care Giver) เพื่อให้ ผู้ที่ได้รับการดูแล (Care Recipient) สามารถเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพทางดิจิทัลได้

Care Giver ID ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพดิจิทัลในกลุ่มประชากรที่เปราะบางทางดิจิทัล หรือไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง ได้แก่ เด็กแรกเกิดถึง ๗ ปี : ซึ่งยังไม่มีเลขบัตรประชาชน กลุ่มเปราะบางทางดิจิทัล : เช่น ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยติดเตียง, หรือผู้พิการ ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยตนเอง

ผู้ดูแลสามารถเป็นได้หลายกลุ่ม ตั้งแต่ญาติสายตรงไปจนถึงผู้ที่ได้รับมอบหมาย ผู้แทนโดยชอบธรรม เช่น พ่อแม่ (มารดา/บิดา) สำหรับเด็กเล็ก ญาติสายตรง เช่น พ่อ, แม่, ลูก, คู่สมรส ที่ถูก

กฎหมาย ญาติสายสัมพันธ์ทางสายเลือด: เช่น ลุง ป้า ตา ยาย ไม่ใช่ญาติทางสายเลือด : เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), บุคลากรทางการแพทย์, หรือผู้ที่ดูแลอื่นๆ

Care Giver ID จึงเป็นกลไกสำคัญในการทำให้บริการดิจิทัลของ หมอพร้อมพลัส (Super App) ขยายความครอบคลุมไปถึงกลุ่มเปราะบางได้อย่างปลอดภัยและทั่วถึง

ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรตามทะเบียนราษฎร์ ปี ๒๕๖๙)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ระดับความสำเร็จการดำเนินโครงการ หมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยีตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	-	๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. อำนวยความสะดวกแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่าง สะดวก รวดเร็ว และปลอดภัย โดยไม่ต้องเสียเวลารอคิวนาน

๒. ลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดงานเอกสารที่ซ้ำซ้อน ลดขั้นตอนการประสานงาน และลดภาระหน้างานให้กับเจ้าหน้าที่ ให้บุคลากรสามารถทุ่มเทให้กับการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

๓. แก้ปัญหาความแออัดและการรอคอย มีเป้าหมายสูงสุดคือการแก้ไขปัญหาความแออัดและระยะเวลารอคอยที่ยาวนานในโรงพยาบาล

๔. เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ระบบข้อมูลสุขภาพเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวระหว่างหน่วยบริการทุกระดับ ทำให้การวินิจฉัยและการรักษาเป็นไปอย่างครอบคลุม

๕. สร้างระบบสุขภาพดิจิทัลที่ทันสมัย พลิกโฉมงานบริการสาธารณสุขด้วยเทคโนโลยี เช่น การขับเคลื่อน ระบบนัดหมายออนไลน์ เต็มรูปแบบ, การใช้ Super App หมอพร้อมพลัส, Health ID และ Telemedicine

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูลสำหรับโครงการ "หมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี" นั้น เน้นการบูรณาการข้อมูลจากหลายระบบเข้าสู่ศูนย์กลางข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) ของกระทรวงสาธารณสุข

๑. แหล่งข้อมูลหลัก (Health Data Hubs)

ข้อมูลที่ใช้ในการขับเคลื่อนและประเมินผลโครงการมาจากศูนย์กลางข้อมูลหลายส่วนที่เชื่อมโยงกันในระบบสถาปัตยกรรมของหมอพร้อม (MOPH System Architecture)

๑. คลังข้อมูลสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม : เป็นข้อมูลพื้นฐานและมาตรฐานที่จัดเก็บไว้ใน Data Hub

๒. PHR Hub (Personal Health Record) : ข้อมูลประวัติสุขภาพส่วนบุคคลของผู้ป่วย

๓. Appointment Hub : ข้อมูลเกี่ยวกับการนัดหมายออนไลน์ทั้งหมดจากทุกหน่วยบริการ
๔. Imaging Hub : ข้อมูลภาพถ่ายรังสีทางการแพทย์ (DICOM) และผลการวินิจฉัย
๕. MOPH Refer Hub : ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยและใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์
๖. MOPH ERP Dashboard
๗. MOPH HIS Connect วิธีการ/ระบบ บทบาทในการจัดเก็บ/เชื่อมโยงข้อมูล
๘. Digital Identity การใช้งาน Health ID และ Provider ID

๖. รายการข้อมูล

ระดับความสำเร็จการดำเนินโครงการ หมอไม่ล้าประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
รายการข้อมูลที่ ๑	การเชื่อมต่อ MOPH HIS Connect (https://referlink.moph.go.th/mopherp/)
รายการข้อมูลที่ ๒	การเชื่อมต่อ PHR Hub (Personal Health Record) https://phr๑.moph.go.th/dashboard/
รายการข้อมูลที่ ๓	การเชื่อมต่อและจำนวนผลงานใน Appointment Hub (https://mohpromtstation.moph.go.th)
รายการข้อมูลที่ ๔	การเชื่อมต่อ Imaging Hub (https://imaginghub-dashboard.one.th/boardview)
รายการข้อมูลที่ ๕	การเชื่อมต่อ MOPH Refer (https://moph-refer.moph.go.th)
รายการข้อมูลที่ ๖	ร้อยละการลงทะเบียน CareGiverID

๗. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโครงการ หมอไม่ล้า ประชาชนไม่รอ เชื่อมต่อทุกบริการผ่านเทคโนโลยี ระดับจังหวัด

๒. จัดทำแผนการตรวจประเมิน และแจ้งแนวทางการตรวจประเมินและแนวทางรับ การตรวจประเมิน

๓. ขยายระบบนัดหมายออนไลน์ (MOPH Appointment) ผลักดันการนัดหมายออนไลน์เต็มรูปแบบให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และคลินิกเฉพาะทาง/ไม่ซับซ้อน เพื่อให้ประชาชนสามารถนัดหมายได้เองผ่านSuper App หมอพร้อมพลัส และลดการรอคอยในโรงพยาบาล

๔. พัฒนา Telemedicine ขยายบริการพบแพทย์ออนไลน์ (Telemedicine) เพื่อให้คำปรึกษาและรักษาทางไกล

๕. ขับเคลื่อน ERP บริหารเชิงยุทธศาสตร์ เชื่อมต่อและบูรณาการระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) ของโรงพยาบาลเข้าด้วยกัน

๖. พัฒนา Imaging Hub และ AI สำหรับการจัดเก็บและแลกเปลี่ยนภาพถ่ายรังสี (DICOM) และเชื่อมต่อกับ AI (ปัญญาประดิษฐ์) โดยให้สามารถเชื่อมต่อด้วย API เป็นหลัก

๗. ขยายการใช้งานระบบ MOPH Refer สู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

๘. ส่งเสริมการใช้ Digital Identity ผลักดันการลงทะเบียนและใช้ Health ID (สำหรับประชาชน) และ Care Giver ID (สำหรับผู้ดูแลกลุ่มเปราะบาง) เพื่อยืนยันตัวตนในการรับบริการดิจิทัลได้อย่างปลอดภัยและถูกต้อง

๘. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายเดชาชิต แก้วม่วง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๔ ๘๒๘ ๒๙๓๙ E-mail : phanpichit@gmail.com
๒. นางสาว วริยาเสนาฮาด ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๖๕ ๑๑๔ ๕๕๔๕ E-mail : annriya๒๕๒๘@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๓ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๘ : ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)

๒. คำนิยาม

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสำธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้แผนปฏิบัติราชการด้านการป้องกันปราบปรามการทุจริตและประพฤติมิชอบ กระทรวงสาธารณสุข ระยะที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๖๖–๒๕๗๐) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ที่กำหนดค่าเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เท่ากับร้อยละ ๙๔ นอกจากนี้ยังได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดภายใต้พระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. มาพัฒนาโดยการประยุกต์และปรับปรุงรายละเอียด ข้อคำถามเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญและรวมพลังในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก การประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะทางเว็บไซต์ของหน่วยงาน จะดำเนินการประเมินผ่านแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ทางระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงานและประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลของหน่วยงานเป้าหมายต่อสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการพื้นฐาน ที่จำเป็นผ่านทางเว็บไซต์หลักของหน่วยงานใน ๙ ตัวชี้วัด ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ ๑ การเปิดเผยข้อมูล ตัวชี้วัดที่ ๒ การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ ตัวชี้วัดที่ ๓ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ตัวชี้วัดที่ ๔ การส่งเสริมความโปร่งใส ตัวชี้วัดที่ ๕ การป้องกันการรับสินบน ตัวชี้วัดที่ ๖ การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ ตัวชี้วัดที่ ๗ การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต ตัวชี้วัดที่ ๘ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และตัวชี้วัดที่ ๙ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๔

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำแนวทางการพัฒนาหน่วยงานและการป้องกันการทุจริตในมิติต่างๆ

๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้ความสำคัญกับการเปิดเผยข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ของแต่ละหน่วยงาน และการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศเป็นหลัก (Empowerment)

๓. เพื่อผลักดันให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการป้องกันการทุจริตจากรากฐานของปัญหาหรือความเสี่ยงที่พบภายในหน่วยงาน และนำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ปฏิบัติอย่างทั่วถึงให้ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร

๔. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้พัฒนาตนเองและได้รับการตรวจสุขภาวะองค์กรในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี (Continuous Improvement)

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

หน่วยงานเป้าหมาย ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๒๗ แห่ง (สสจ./รพท./รพช./สสอ.) จัดเก็บข้อมูลเอกสาร/หลักฐานที่เป็นไปตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ ที่จัดทำขึ้นโดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข เผยแพร่บนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงานอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว และนำ URL ที่เชื่อมโยงกับแหล่งข้อมูลบนหน้าเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน วาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) โดยหน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์และค่าเป้าหมายแต่ละรอบการประเมิน แบ่งออกเป็น **๒ รอบการประเมิน** ดังนี้

รอบการประเมิน	หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์ในแต่ละรอบการประเมิน (เกณฑ์คะแนน)	ค่าเป้าหมายแต่ละรอบการประเมิน (เกณฑ์ร้อยละหน่วยงาน)
รอบ ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๔
รอบ ๑๒ เดือน	≥ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๖๔

๖. รายการข้อมูล

A : หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ในรอบ ๑๒ เดือน ผ่านเกณฑ์การประเมิน ≥ ๙๐

B : หน่วยงานที่ได้รับการประเมินทั้งหมดของจังหวัดมหาสารคาม (๒๗ แห่ง)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมาย ให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก และยังคงมีกรอบการประเมินเช่นเดียวกับปีที่ผ่านมา เพื่อให้หน่วยงานที่มีการพัฒนาในระดับดีแล้ว ยังคงรักษามาตรฐานการดำเนินงานและการปฏิบัติหน้าที่ให้มีเสถียรภาพมากยิ่งขึ้น และหน่วยงานที่ยังมีจุดที่ต้องปรับปรุงให้มีการพัฒนาในระดับเดียวกันกับทุกหน่วยงาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดผู้รับผิดชอบแต่ละประเด็นคำถาม

๒. พัฒนาและปรับปรุงเว็บไซต์หน่วยงาน และนำเข้าข้อมูลเพื่อรองรับการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๓. หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูล **จำนวน ๒๒ ข้อ** ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย

ตัวชี้วัด	MOIT	จำนวน (ข้อ)
ตัวชี้วัดที่ ๑ การเปิดเผยข้อมูล	MOIT๑ – MOIT๒	๒
ตัวชี้วัดที่ ๒ การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ	MOIT๓ – MOIT๕	๓
ตัวชี้วัดที่ ๓ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล	MOIT๖ – MOIT๘	๓
ตัวชี้วัดที่ ๔ การส่งเสริมความโปร่งใส	MOIT๙ – MOIT๑๑	๓
ตัวชี้วัดที่ ๕ การป้องกันการรับสินบน	MOIT๑๒ – MOIT๑๓	๒
ตัวชี้วัดที่ ๖ การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ	MOIT๑๔	๑
ตัวชี้วัดที่ ๗ การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต	MOIT๑๕ – MOIT๑๙	๕
ตัวชี้วัดที่ ๘ การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน	MOIT๒๐	๑
ตัวชี้วัดที่ ๙ การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร	MOIT๒๑ – MOIT๒๒	๒
รวม		**๒๒**

๔. ผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ จะตรวจสอบการเปิดเผยข้อมูลตามแบบวัด MOITโดยหน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์และค่าเป้าหมายแต่ละรอบการประเมิน แบ่งออกเป็น ๒ รอบการประเมิน ได้แก่

รอบการประเมิน	หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์ในแต่ละรอบการประเมิน (เกณฑ์คะแนน)	ค่าเป้าหมายแต่ละรอบการประเมิน (เกณฑ์ร้อยละหน่วยงาน)
รอบ ๖ เดือน	≥ ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๔
รอบ ๑๒ เดือน	≥ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๖๔

เงื่อนไขทั่วไป

๑. หน่วยงานจะต้องเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน

๒. หน่วยงานจะต้องรักษาคงสภาพเว็บไซต์หลักของหน่วยงานให้สาธารณชนสามารถเข้าถึงได้ทุกช่วงเวลา

๓. หน่วยงานจะต้องอธิบายให้ชัดเจนว่าข้อมูลที่เปิดเผยอยู่ในตำแหน่งใดบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางประคอง ยิ่งสิริสุข ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๒๓๘๓๑๖๙ E-mail : itamsk2024@gmail.com
๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๖๐๒๘๔ E-mail : itamsk2024@gmail.com
๓. นางสาวจรรทิวา ราชพรหมมา ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี
โทรศัพท์ ๐๙๕-๙๕๔๖๓๙๑ E-mail : itamsk2024@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๓ : โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๘.๑ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจสอบภายในและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. คำนิยาม

“การตรวจสอบภายใน” หมายถึง กิจกรรมให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น การตรวจสอบภายในจะช่วยให้ส่วนราชการบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ

“แผนการตรวจสอบ” หมายถึง แผนปฏิบัติงานที่หัวหน้าหน่วยงานตรวจสอบจัดทำขึ้นไว้ล่วงหน้า เกี่ยวกับเรื่องที่จะตรวจสอบ จำนวนหน่วยรับตรวจ ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบ รวมทั้งงบประมาณที่ใช้ในการปฏิบัติงานตรวจสอบเป็นระยะๆ และให้ปฏิบัติงานได้อย่างราบรื่นทันตามกำหนดเวลา

“แบบสอบทาน” หมายถึง วิธีปฏิบัติเพื่อให้ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานเป็นไปด้วยความถูกต้อง เหมาะสม เป็นจริงตามหลักการ มาตรฐาน ระเบียบข้อบังคับ และแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องหรือไม่

“การควบคุมภายใน” หมายถึง กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายให้หน่วยงานในสังกัดมีกลไกของการตรวจสอบภายในทุกระดับ เพื่อพัฒนาคุณภาพกระบวนการปฏิบัติงาน ข้อมูลรายงานทางการเงิน มีความน่าเชื่อถือ สามารถเพิ่มคุณค่าการดำเนินงานของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล เกิดการกำกับดูแลตนเองที่ดีอย่างเป็นระบบ ตามพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ มาตรา ๗๙ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดให้มีการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารจัดการความเสี่ยง โดยให้หน่วยงานของรัฐปฏิบัติตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ กำหนดให้หน่วยงานของรัฐจัดวางระบบการควบคุมภายใน และประเมินผลการควบคุมภายในตามที่หน่วยงานของรัฐกำหนดไว้อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง และเสนอรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ต่อหัวหน้าหน่วยงานของรัฐเพื่อพิจารณาลงนาม และจัดส่งให้ผู้กำกับดูแลและกระทรวงต้นสังกัด ภายใน ๙๐ วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณหรือสิ้นปีปฏิทิน แล้วแต่กรณี

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ตรวจสอบภายใน - จัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด (Audit Plan) ส่ง กลุ่มตรวจสอบภายใน สป. (ภายใน ๒๙ ธ.ค. ๖๘) **ควบคุมภายใน** - แจ้งหน่วยงานในสังกัดดำเนินการรายงานผลการประเมินระบบการควบคุมภายในภายใน ๖๐ วัน หลังสิ้นปีงบประมาณ (ภายใน พ.ย.) ได้แก่ รพท. รพช. สสอ. และ กลุ่มงานย่อยใน สสจ. - รวบรวม วิเคราะห์ประเมินผลระบบการควบคุมภายในภาพรวม เสนอคณะกรรมการ และ นพ.สสจ. พิจารณาลงนาม - ส่งรายงานผลการประเมินระบบการควบคุมภายใน ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ ภายใน ๙๐ วัน หลังสิ้นปีงบประมาณ (ภายใน ธ.ค.)	**ตรวจสอบภายใน** - พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด - ประชุมคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัด - ส่งรายงานสรุปผลการดำเนินงานตรวจสอบภายใน รอบ ๖ เดือน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ) (ภายใน ๑๕ มี.ค.๖๙) **ควบคุมภายใน** ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ให้แก่ รพท. และ รพช. ในสังกัด	**ตรวจสอบภายใน** - ดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัดตามแผนการตรวจสอบภายใน ให้แล้วเสร็จ - คณะกรรมการฯ สรุปผลการตรวจสอบ และออกรายงาน (รายหน่วย) ให้เลขาฯรวมรวมภายใน ๑๕ วัน หลังจากลงพื้นที่แล้วเสร็จ - งานตรวจสอบและควบคุมภายใน ออกรายงาน (รายหน่วย) แจ้งให้หน่วยรับตรวจทราบ ภายใน ๔๕ วัน หลังจากลงพื้นที่แล้วเสร็จ - หน่วยรับตรวจดำเนินการรายงานผลการแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ สสจ. ทราบ ภายใน ๔๕ วัน หลังได้รับรายงาน **ควบคุมภายใน** กำกับ ติดตามการควบคุมภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	**ตรวจสอบภายใน** - สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดรอบ ๑๒ เดือน (รายงานภาพรวม) เสนอ นพ.สสจ. ทราบ และนำส่งรายงานเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ภายใน ๑๕ ส.ค.๖๙) **ควบคุมภายใน** ประเมินผลระบบการควบคุมภายในจากระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อสรุปคะแนนผลการประเมินและดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาตามมิติที่พบจุดอ่อน

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน (Efficiency and Effectiveness of Performance) ขององค์กร เนื่องจากการตรวจสอบภายในเป็นการประเมิน วิเคราะห์ เปรียบเทียบข้อมูลทุกด้านในการปฏิบัติงาน จึงเป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยปรับปรุงระบบงานให้สะดวก รัดกุม ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนและให้เหมาะสมกับสถานการณ์ตลอดเวลา ช่วยลดเวลาและค่าใช้จ่าย เป็นสื่อกลาง ระหว่างผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในการประสานและลดปัญหาความไม่เข้าใจในนโยบาย

๒. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสม เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑

๓. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันและ ลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหลสิ้นเปลื้อง หรือการทุจริตในหน่วยงาน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลบรบือ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

วิธีจัดเก็บข้อมูล :

๑. รวบรวมและตรวจสอบข้อมูลจากรายงานผลการตรวจสอบภายในประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยเปรียบเทียบกับแผนการตรวจสอบที่ได้รับอนุมัติ

๒. รวบรวมข้อมูลผลการประเมินระบบการควบคุมภายในของส่วนราชการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑

๓. รวบรวมข้อมูลผลการตรวจสอบภายในจากระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

๖. รายการข้อมูล

กำหนดเป็นระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ หน่วยงานดำเนินงานตามเกณฑ์เป้าหมาย (Small Success) รอบ ๓ เดือน/๖ เดือน/๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน ถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

กำหนดกรอบการดำเนินงานด้านการตรวจสอบภายใน ให้มีห้วงระยะเวลาที่ชัดเจน เพื่อให้รายงานมีความรวดเร็ว สามารถนำไปใช้วิเคราะห์ความเสี่ยง และกำหนดแนวทางการป้องกันความเสี่ยงของหน่วยงานและปรับปรุงการปฏิบัติงานของส่วนราชการให้ดีขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน (Efficiency and Effectiveness of Performance)

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

<u>ด้านการตรวจสอบภายใน</u>

ขั้นตอน	การดำเนินงาน
ข้อที่ ๑	จัดทำแผนการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด (Audit Plan) โดยให้มีความสอดคล้องกับภารกิจ เครื่องมือ และกิจกรรมที่กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด เสนอแผนการตรวจสอบภายใน ให้ นพ.สสจ.ทราบ/พิจารณาลงนาม และนำส่งแผนให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ภายในวันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๘)
ข้อที่ ๒	พิจารณาแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และประชุมคณะกรรมการฯระดับจังหวัด เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัด
ข้อที่ ๓	ดำเนินการลงพื้นที่ตรวจสอบภายในหน่วยงานในสังกัด ตามแผนการตรวจสอบภายในและกรอบการดำเนินงานให้ครบถ้วนและแล้วเสร็จ ตามห้วงระยะเวลาที่กำหนด
ข้อที่ ๔	- คณะกรรมการฯ สรุปข้อตรวจพบ ข้อเสนอแนะและออกรายงาน(รายหน่วย) ให้งานตรวจสอบและควบคุมภายในรวมรวมภายใน ๑๕ วัน หลังจากลงพื้นที่แล้วเสร็จ - งานตรวจสอบและควบคุมภายใน ออกรายงาน(รายหน่วย) ครอบคลุมทุกประเด็นที่ตรวจสอบแจ้งให้หน่วยรับตรวจทราบ ภายใน ๔๕ วัน หลังจากลงพื้นที่แล้วเสร็จ - หน่วยรับตรวจดำเนินการรายงานผลการแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ สสจ. ทราบภายใน ๔๕ วัน หลังได้รับรายงาน
ข้อที่ ๕	สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนการตรวจสอบภายในภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด(รายงานภาพรวม) เสนอ นพ.สสจ.ทราบ และนำส่งรายงานเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้ รอบ ๖ เดือน ภายในวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๙ รอบ ๑๒ เดือน ภายในวันที่ ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๙

ด้านระบบการควบคุมภายใน

ขั้นตอน	การดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ ๑	กำหนดผู้รับผิดชอบการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน
ขั้นตอนที่ ๒	- มีการจัดทำผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน (flow chart) - จัดทำและประเมินผลแบบสอบถามการควบคุมภายใน - จัดทำตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง
ขั้นตอนที่ ๓	จัดทำรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน(ระดับองค์กร) โดย - หนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในระดับหน่วยงานของรัฐ (ปค.๑) - รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค.๔) - รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค.๕) - รายงานผลการติดตามรายงานประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.๕) ระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้องตามแนวทาง : หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑
ขั้นตอนที่ ๔	จัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของหน่วยงานให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามระยะเวลาที่กำหนดมีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติ
ขั้นตอนที่ ๕	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และมีการปรับปรุงระบบการควบคุมภายใน

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางประคอง ยิ่งสิริสุข ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๗-๒๓๘๓๑๖๙ E-mail : itamsk๒๐๒๔@gmail.com
๒. นางสาวลาวัลย์ อันสุริย์ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๖๐๒๘๔ E-mail : itamsk๒๐๒๔@gmail.com
๓. นางสาวจรรทิวา ราชพรหมมา ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี
โทรศัพท์ ๐๙๕-๙๕๔๖๓๙๑ E-mail : itamsk๒๐๒๔@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๓ : โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๘.๒ : หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๗๐ ของการตรวจสอบรายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์–พัสดุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)
๒. คำนิยาม

หลักการบัญชีสินทรัพย์การบันทึกบัญชีของหน่วยงานจะบันทึกในระบบสินทรัพย์ถาวรในระบบ GFMIS ซึ่งเป็นระบบที่ใช้บันทึกและควบคุมสินทรัพย์ในภาพรวมของหน่วยงาน โดยกำหนดให้สร้างข้อมูลหลักสินทรัพย์ก่อน เพื่อให้สามารถรับรู้สินทรัพย์รายตัวเมื่อมีการได้มาของสินทรัพย์จากการจัดซื้อจัดจ้าง การรับบริจาคสินทรัพย์และการรับโอน การตัดจำหน่ายสินทรัพย์กรณีหน่วยงานเลิกใช้งานสินทรัพย์เนื่องจากมีการสูญหาย รื้อถอน บริจาค หรือขายสินทรัพย์ ซึ่งต้องดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ และสินทรัพย์ที่หน่วยงานมีไว้ครอบครองเพื่อประโยชน์ในการใช้งาน จะต้องมีการประมวลผลค่าเสื่อมราคาทุกสิ้นงวด เพื่อรับรู้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละงวดบัญชี

เพื่อให้บัญชีสินทรัพย์ของหน่วยงานในระบบ GFMIS มีข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ตรงกับทะเบียนคุมทรัพย์สิน และสินทรัพย์ประเภทอาคารและสิ่งปลูกสร้างที่มีอยู่จริง จึงได้กำหนดขั้นตอนการตรวจสอบข้อมูลสินทรัพย์ประเภทอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ประกอบการจัดทำรายงานการเงิน ดังนี้

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จัดทำข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ของทุกหน่วยบริการตามประเภทบัญชีอาคารและสิ่งปลูกสร้าง ให้ทุกหน่วยบริการตรวจสอบ

๒. ทุกหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ตรวจสอบข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ประเภทอาคารและสิ่งปลูกสร้างให้เป็นปัจจุบัน ตามรายงาน ดังนี้

๒.๑ ทะเบียนคุมทรัพย์สินของหน่วยบริการ

๒.๒ รายงานการตัดจำหน่ายสินทรัพย์

๓. การแก้ไขข้อผิดพลาดของสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ประเภทอาคารและสิ่งปลูกสร้าง

๓.๑ หน่วยบริการตรวจสอบและส่งเอกสารให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปรับปรุงรายการสินทรัพย์ในระบบ GFMIS

๓.๒ หน่วยบริการปรับปรุงรายการสินทรัพย์ตามแนวทางการแก้ไขปัญหาการรับรู้ทางบัญชีของสินทรัพย์แล้วแต่กรณี

๔. สรุปผลการตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลสินทรัพย์ในระบบ GFMIS ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	ปีงบประมาณ ๒๕๗๑
หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๗๐ ของการตรวจสอบรายงานการเงิน หมวดสินทรัพย์–พัสดุ (อาคารและสิ่งปลูกสร้าง)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จัดทำทะเบียนคุมสินทรัพย์ (อาคาร-สิ่งก่อสร้าง) ได้ครบถ้วน ถูกต้อง

๒. เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม บันทึกบัญชีสินทรัพย์ (อาคาร-สิ่งก่อสร้าง) ได้ครบถ้วน ถูกต้อง

๓. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๕. แหล่งข้อมูล

๑. งบทดลองจากหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๒. รายงานสินทรัพย์รายตัว ในระบบ GFMIS

๓. เอกสารการบันทึกปรับปรุงบัญชีสินทรัพย์ (อาคาร-สิ่งปลูกสร้าง) ในระบบ GFMIS

๔. ทะเบียนคุมสินทรัพย์

๖. รายการข้อมูล

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ผ่านเกณฑ์การประเมิน ในไตรมาสที่ ๔ ร้อยละ ๗๐ โดยให้คะแนนตามแบบ Checklist สำหรับการตรวจสอบความถูกต้องของรายงานทางการเงิน

๗. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางประคอง ยิ่งสิริสุข ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ

๒. นางอรัญญา มุงคุณคำชาว ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุชำนาญงาน

๓. นางสาวอัจฉรานันท์ บัณฑจิต ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

๔. นางสาวบัวขาว กะฐินใหม่ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๓ : โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๘.๓ : ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา (๔๕ วัน) (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. คำนิยาม

เรื่องร้องเรียน หมายถึง เรื่องที่ประชาชนหรือผู้รับบริการจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้ร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและหน่วยงานในสังกัดในการให้การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข หรือเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติราชการของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งเรื่องร้องเรียนที่ได้รับเรื่องจากช่องทางอื่นหรือส่วนราชการอื่นส่งมาให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในกำหนดเวลา	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ๑๐๐	ร้อยละ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้การดำเนินการจัดการเรื่องร้องเรียน ร้องทุกข์มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบรายงานเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๖. รายการข้อมูล

A : ทะเบียนรับเรื่อง รอบการรายงานทุก ๖ เดือน (มีนาคม, กันยายน)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนากระบวนการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ให้มีประสิทธิภาพ
๒. พัฒนาบุคลากรในการจัดการเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๒. ทบทวนคณะกรรมการจัดการเรื่องเรียน ร้องทุกข์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๓. จัดประชุมคณะกรรมการฯ เพื่อวางแนวทางดำเนินงานและสรุปผลงานที่ผ่านมา
๔. จัดทำระบบรายงาน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและรับเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์
๕. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดการเรื่องเรียน ร้องทุกข์
๖. ประเมินผลการดำเนินงาน
๗. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสรินดา ศรีปน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๖๑๔๗๗๓
๒. นางวันเพ็ญ ตันสุวรรณ ตำแหน่ง นิติกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ ๐๙๕-๖๑๐๓๓๓๘ E-mail : wanpen.tan@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๒ : พัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๙ : ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน

๓๙.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน

๓๙.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพผ่านการรับรองตามมาตรฐาน

๒. คำนิยาม

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง

๑) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๒ แห่ง (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม ๒๕๖๘)

๒) โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๑๑ แห่ง (ไม่รวม รพ.ชุมชนระดับ F๓ ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง จำนวน ๑๐ แห่ง) (ข้อมูลสถานบริการจากฐานข้อมูลกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เดือนมกราคม ๒๕๖๘)

มาตรฐานคุณภาพ หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพสถานบริการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการ รับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

ระดับ	มาตรฐาน HA
ขั้นมาตรฐาน	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
ขั้นก้าวหน้า	การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า โดยสถานพยาบาลที่จะขอใช้และขอรับการประเมินรับรองขั้นก้าวหน้าได้นั้น จะต้องเป็นสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง กระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA แล้ว เพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลมีพื้นฐานของ ระบบคุณภาพที่แข็งแรงและมีความพร้อมในการพัฒนามีความมุ่งมั่นที่จะนำองค์กรสู่ความเป็นเลิศต่อไป

๒. มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการส่งเสริม สนับสนุน พัฒนา และมีการประเมินผลรับรองผลการดำเนินงานพัฒนาสถานพยาบาลตามกฎหมายประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นมาตรฐานตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๙ ประกาศบังคับใช้กับสถานพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศ (ทุกสังกัด ทุกกระทรวง) โดยเนื้อหาในมาตรฐานครอบคลุมใน ๙ ด้าน ดังนี้

ด้านที่ ๑ ด้านการบริหารจัดการ
ด้านที่ ๒ ด้านการบริการสุขภาพ
ด้านที่ ๓ ด้านอาคาร สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก
ด้านที่ ๔ ด้านสิ่งแวดล้อม
ด้านที่ ๕ ด้านความปลอดภัย
ด้านที่ ๖ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข
ด้านที่ ๗ ด้านระบบสนับสนุนบริการที่สำคัญ
ด้านที่ ๘ ด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ
ด้านที่ ๙ ด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

การประเมินระดับการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพ

เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ
ระดับพื้นฐาน	สถานพยาบาลเน้นการมีเป้าหมายของงาน ทบทวนปัญหา/ความเสี่ยงการให้บริการและการดูแลสถานที่และสภาพแวดล้อม หามาตรการป้องกันและดำเนินการต่อเนื่อง มีแผนการ บริหารความเสี่ยงด้านโครงสร้าง กายภาพ และมีกำลังคนที่ชัดเจน ซึ่งสถานพยาบาลเอง ต้องมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน เกณฑ์ในระดับพื้นฐาน คือ มีคะแนนด้านใด ด้านหนึ่งจาก ๙ ด้าน ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐
ระดับพัฒนา	สถานพยาบาลมีการเชื่อมโยงการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนา คุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกันทุกหน่วยภายในองค์กร เน้นการนำข้อมูลวิชาการ และ มาตรฐานในแต่ละด้านมาสู่การปฏิบัติ มีการติดตาม บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสถานพยาบาลมีการประเมินองค์กรตนเองครบทุกด้าน เกณฑ์ในระดับ พัฒนา คือ มีคะแนนทุกด้าน ตั้งแต่ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป
ระดับคุณภาพ	สถานพยาบาลได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพครบถ้วน มีรูปธรรมของการพัฒนาที่ชัดเจน จนเกิดวัฒนธรรมคุณภาพในองค์กร ซึ่งสถานพยาบาล มีการประเมินตนเองครบทุกด้าน เกณฑ์ในระดับคุณภาพ คือ มีคะแนนในทุกด้านทั้ง ๙ ด้าน ตั้งแต่ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
๑. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. โรงพยาบาลชุมชน (ไม่รวม รพ. F๓ ไม่มีเตียง)	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และกระตุ้นให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล HA ขั้นมาตรฐานและขั้นก้าวหน้า หรือ ผ่านมาตรฐาน ๙ ด้านกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ มีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและไว้วางใจได้ในระดับสากล

๒. เพื่อให้ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพตามมาตรฐานบริการ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. เว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) https://data.ha.or.th/dataset : ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA (ไม่มีขั้น ขั้นพัฒนาขั้นที่ ๑ ขั้นพัฒนาขั้นที่ ๒ ขั้นมาตรฐาน และขั้นก้าวหน้า)

๒. รายงานผลการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ข้อมูลสถานะการรับรองของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน ๙ ด้าน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับคุณภาพ)

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน + ขั้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุขั้นมาตรฐาน/ขั้นก้าวหน้า + ขั้นมาตรฐาน/ขั้นก้าว หน้าที่หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขั้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขั้น ก้าวหน้า หรือผ่านตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับ คุณภาพ

B : จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๒ แห่ง

C : จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรอง HA ขั้น มาตรฐาน + ขั้นก้าวหน้า + ได้รับการต่ออายุขั้นมาตรฐาน/ขั้นก้าวหน้า + ขั้นมาตรฐาน/ขั้นก้าวหน้าที่ หมดอายุและอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ + ขั้นมาตรฐานที่อยู่ระหว่างกระบวนการขอรับรองขั้นก้าวหน้า หรือผ่านตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (โปรแกรม HS๔) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดับคุณภาพ (ยกเว้นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๓ ที่ ไม่มีเตียง)

D : โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑ แห่ง

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒๘.๑ = (A/B) x ๑๐๐

๒๘.๓ = (C/D) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล รายไตรมาส (๑ ตุลาคม ๒๕๖๘–๓๐ กันยายน ๒๕๖๙)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

การยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ (Quality Acceleration Strategy) กลยุทธ์หลัก คือ การสร้าง "ระบบคู่ขนานการพัฒนาคุณภาพ (Dual Quality Pathway)" โดยการสนับสนุนและเร่งรัดให้โรงพยาบาลทุกแห่งเลือกเส้นทางคุณภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองที่สุด เพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในตัวชี้วัด

มิติกลยุทธ์	แนวคิดหลัก
๑. การเร่งรัดการรับรอง (HA & HS๔)	มุ่งเน้นการปิดช่องว่าง (Gap Closure) ของโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการรับรอง หรือกำลังจะหมดอายุ
๒. การพัฒนาบุคลากรและองค์ความรู้	สร้างความเข้าใจในมาตรฐานที่ลึกซึ้ง (HA Culture/HS๔ Focus) และแลกเปลี่ยนเรียนรู้
๓. การกำกับและติดตามผล (Monitoring & Evaluation)	ติดตามสถานะอย่างใกล้ชิดและใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อปรับแผน (Data-Driven Quality)
๔. การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management)	เน้นย้ำด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) ซึ่งเป็นหัวใจของทั้งสองมาตรฐาน

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การจัดกลุ่มเป้าหมายและให้การสนับสนุนเฉพาะทาง (Targeted Support Program)

๑.๑ แนวทาง : แบ่งโรงพยาบาลในสังกัดออกเป็น ๓ กลุ่มตามสถานะการรับรอง (กลุ่ม A : ผ่านแล้วและต้องต่ออายุ, กลุ่ม B : อยู่ระหว่างพัฒนา, กลุ่ม C : ยังไม่เริ่ม/ต้องการการเร่งรัด)

๑.๒ การปฏิบัติ

๑.๒.๑ กลุ่มที่ต้องต่ออายุ (HA/HS๔) : จัดทำปฏิทินการต่ออายุและแผนงานล่วงหน้า ๑๒ เดือน ให้มี Gap Analysis และ Peer Review เพื่อยืนยันความพร้อมก่อนการประเมินจริง

๑.๒.๒ กลุ่มที่ยังไม่ผ่าน: สนับสนุนสำหรับการจ้างที่ปรึกษาเฉพาะทาง หรือจัดทีมพี่เลี้ยงจากจังหวัด/เขต (Coaching Team) เข้าไปดูแลอย่างใกล้ชิด

๒. การสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้และทีมพี่เลี้ยง (Knowledge Sharing & Mentorship)

๒.๑ แนวทาง : ใช้ศักยภาพของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองในระดับสูง (เช่น รพศ./รพท. ที่ผ่าน HA ขั้นก้าวหน้า) ให้เป็น "ศูนย์เรียนรู้ (Learning Center)" ด้านคุณภาพ

๒.๒ การปฏิบัติ

๒.๒.๑ จัดตั้ง "ทีมพี่เลี้ยงด้านคุณภาพ (Quality Mentor Team)" ระดับจังหวัด โดยเฉพาะจาก รพศ./รพท. เพื่อทำ Site Visit และให้คำปรึกษาแก่ รพช.

๒.๒.๒ จัดทำ "มหกรรมคุณภาพ (Quality Showcase)" รายไตรมาส ให้โรงพยาบาลมานำเสนอการแก้ปัญหาตามมาตรฐาน ๙ ด้านของ HS๔ หรือ CQI ของ HA

๓. การบูรณาการมาตรฐาน (Integrate HA & HS๔)

๓.๑ แนวทาง : เนื่องจากทั้งสองมาตรฐานมีเป้าหมายร่วมกันคือคุณภาพและความปลอดภัย ควรชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงเพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อน และใช้ผลลัพธ์จากมาตรฐานหนึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาอีกมาตรฐานหนึ่ง

๓.๒ การปฏิบัติ

๓.๒.๑ เน้นการพัฒนา ๙ ด้าน ของ HS๔ (โดยเฉพาะด้านความปลอดภัย ด้านบริหารจัดการ และอาคารสถานที่) ให้เป็น ฐานรากที่แข็งแรง สำหรับการยื่นขอรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน

๓.๒.๒ สำหรับโรงพยาบาลที่ทำ HA อยู่แล้ว ให้จัดทำ "ตารางเปรียบเทียบ (Mapping Table)" เพื่อให้มั่นใจว่าครอบคลุมข้อกำหนดของ HS๔ ระดับคุณภาพไปพร้อมกันด้วย

๔. การใช้ข้อมูลและการติดตามผลแบบดิจิทัล (Data-Driven Monitoring)

๔.๑ แนวทาง : จัดทำระบบติดตามสถานะการรับรองและผลการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ตามแหล่งข้อมูลที่กำหนด

๔.๒ การปฏิบัติ

๔.๒.๑ สร้าง Dashboard รายโรงพยาบาล ในระดับจังหวัด เพื่อแสดงสถานะการรับรอง (HA/HS๔), คะแนนการประเมินตนเอง, และ Gap Analysis ในแต่ละด้าน (๙ ด้านของ HS๔)

๔.๒.๒ กำหนดให้มีการประชุมติดตามผลตัวชี้วัด (ร้อยละ A/B และ C/D) รายเดือนในระดับผู้บริหาร เพื่อให้ทราบถึงโรงพยาบาลที่เสี่ยงต่อการไม่บรรลุเป้าหมายและสามารถจัดสรรทรัพยากรเข้าแก้ไขได้ทันท่วงที

๕. การสนับสนุนสร้างแรงจูงใจ

๔.๑ ให้ รางวัล (Award) แก่โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองตามเป้าหมาย (HA ขั้นก้าวหน้า หรือ HS๔ ระดับคุณภาพ) เป็นลำดับแรกๆ หรือสามารถยกระดับคุณภาพได้อย่างก้าวกระโดด

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๖-๒๑๘-๖๐๓๖ E-mail : -
๒. นางทิพวรรณ โคตรสีเขียว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๒๖๒๖๔๘๕ E-mail : Tipa_mung๐๐๑@hotmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๔ : โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๓๙.๓ ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (สสจ./สสอ. ร้อยละ ๑๐๐)
๒. คำนิยาม

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้ (๑) สำนัก/กอง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน ๑๒ สำนัก/กอง (๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ แห่ง (๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ ดังนี้

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
๒. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้

พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น	
๒๕๖๖	๑ หมวด	บังคับหมวด ๑ การนำองค์การและหมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์
๒๕๖๗	๑ หมวด	ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อมปีละ ๑ หมวด (ในหมวด ๓, ๔, ๕, ๖)
๒๕๖๘	๑ หมวด	
๒๕๖๙	๑ หมวด	
๒๕๗๐	๑ หมวด	

๓. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด ๑-๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)

๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน

๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ รวมอย่างน้อย ๑๘ ตัวชี้วัด

๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

๗. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด

๘. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๙. จัดทำรายงานผลงานดำเนินงานที่โดดเด่นในหมวดบังคับปี ๒๕๖๘ (หมวด ๑ การนำองค์การ และหมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์) เพื่อรับการตรวจประเมินจากทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑๐. จัดทำรายงานผลงานดำเนินงานที่โดดเด่นรายหมวด ในหมวดที่ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ๑ หมวด (ในหมวด ๓, ๔, ๕, ๖)

ระดับความสำเร็จ หมายถึง (๑) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน (๒) ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด (๓) จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) (๔) จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์หมวด ๗) (๕) มีความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การ ที่สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานราชการปรับปรุงองค์การอย่างรอบด้านและอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง ๗ ด้าน/หมวด คือ

๑. การนำองค์การ เป็นการประเมินการดำเนินการของผู้บริหารในเรื่องวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินการ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกระจายอำนาจการตัดสินใจ การสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้ในส่วนราชการ การกำกับดูแลตนเองที่ดี และดำเนินการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน

๒. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เป็นการประเมินวิธีการกำหนดและถ่ายทอดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กลยุทธ์หลัก และแผนปฏิบัติราชการ เพื่อนำไปปฏิบัติและวัดผลความก้าวหน้าของการดำเนินการ

๓. ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการประเมินการกำหนดความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมชมชอบ การสร้างความสัมพันธ์ และการกำหนดปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจ

๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เป็นการประเมินการเลือก รวบรวม วิเคราะห์ จัดการ และปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศ และการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์การ

๕. บุคลากร เป็นการประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ การสร้างความผาสุกและแรงจูงใจของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรพัฒนาตนเองและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ตามทิศทางองค์การ

๖. การปฏิบัติการ เป็นการประเมินการจัดการกระบวนการ การให้บริการ และกระบวนการอื่นที่ช่วยสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกระบวนการสนับสนุน เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์การ

๗. ผลลัพธ์การดำเนินการ เป็นการประเมินผลการดำเนินการและแนวโน้มของส่วนราชการในมิติด้านประสิทธิผล มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพ และมิติด้านการพัฒนาองค์การ

ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ จำนวน ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ จำนวน ๑๓ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม จัดส่งภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙ ๒. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๑-๖ (แบบฟอร์ม ๒) จัดส่งภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙ ๓. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน จัดส่งภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙ ๔. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น ๒ ตัวชี้วัดรวม ๓๖ ตัวชี้วัด และจัดส่งภายในวันที่ ๖ มกราคม ๒๕๖๙	๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๙ ๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๙ ๓. จัดทำรายงานผลงานดำเนินงานที่โดดเด่นในหมวดบังคับปี ๒๕๖๘ (หมวด ๑ การนำองค์การ และหมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์) เพื่อรับการตรวจประเมินจากทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ภายในวันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๙	๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ ๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๙ ๓. จัดทำรายงานผลงานดำเนินงานที่โดดเด่นรายหมวด ในหมวดที่ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ๑ หมวด (ในหมวด ๓, ๔, ๕, ๖) ภายในวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๙	๑. รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ ๑๒ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๙ ๒. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๙ ๓. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) จำนวน ๕ หน้า ดังนี้ ๓.๑ แนวทางการปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินงาน ๓.๒ ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น ๓.๓ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ๓.๔ สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม ๕) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๙

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. แหล่งข้อมูล

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๖. รายการข้อมูล

รายการข้อมูล ๑ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๒ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด

รายการข้อมูล ๓ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูล ๔ จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. พัฒนาศักยภาพ Project manager (PM) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยปี ๒๕๖๙ ดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ทั้ง ๗ หมวด

๒. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยดำเนินการจัดทำองค์ความรู้ตาม ๔ ประเด็นคือ ๑) ประเด็นโครงการพระราชดำริ/โครงการเฉลิมพระเกียรติ และโครงการที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ๒) ประเด็นยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ๔ ด้าน ของกระทรวงสาธารณสุข และ ๖ ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙ ๓) ประเด็น PA จังหวัดมหาสารคาม และ ๔) งานประจำของแต่ละกลุ่มงาน

๓. การยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ โดยดำเนินการ ดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์การ ยกระดับการพัฒนางานสาธารณสุข แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน ถ่ายทอดขยายผลไปสู่องค์กรอื่น ปี ๒๕๖๙

หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ยกระดับการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์องค์กรในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลง ให้บรรลุเป้าหมายของจังหวัด ปี ๒๕๖๙

หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ยกระดับการพัฒนาเพื่อยกระดับความพึงพอใจและความสัมพันธ์ของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ปี ๒๕๖๙

หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ ยกระดับการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล/ความต้องการ และข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผ่านสื่อเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการและสร้างนวัตกรรม ยกระดับการประเมินผลการดำเนินงาน ประสิทธิผลของการวิจัยและพัฒนา

หมวด ๕ บุคลากร ยกระดับการพัฒนาระบบการวางแผนและการจัดอัตรากำลังคน ให้สอดคล้องกับโครงสร้างอัตรากำลัง

หมวด ๖ การปฏิบัติการ ยกระดับการพัฒนาประสิทธิภาพกระบวนการในบริบทการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เพื่อมุ่งสู่นวัตกรรม

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๒. ทบทวนลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๓. ดำเนินการทั้ง ๗ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์การ ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัดการวิเคราะห์ และการจัดความรู้และหมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ

๔. การพัฒนา Data Center ของกลุ่มงาน โดยจัดทำแผนพัฒนาองค์การการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ โดยแต่งตั้งคณะทำงาน Data Center ของกลุ่มงาน ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ซึ่งได้จัดทำ Data Center ทั้ง ๑๖ กลุ่มงานทางเว็บไซต์ สสจ.มหาสารคาม http://๒๐๓.๑๕๗.๑๘๕.๓/dc-mkho/frontend/web/ โดยมีเนื้อหาในการจัดทำประกอบด้วย ๑) เว็บไซต์พื้นฐานองค์กรภาครัฐ ๒) ระบบงานที่กลุ่มงานใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกับส่วนกลางและร่วมกับหน่วยงานในกำกับ ๓) มาตรฐานคู่มือการดำเนินงานทั้งหมดของกลุ่มงาน ๔) ระบบข้อมูลสำคัญของกลุ่มงานที่ใช้ปฏิบัติงาน ๕) ช่องทางสื่อสารของกลุ่มงานกับหน่วยงานในกำกับ และ ๖) อื่นๆ ที่กลุ่มงานจำเป็นต้องมี/ใช้ในการปฏิบัติงาน

๕. บูรณาการกับการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูง องค์กรคุณธรรมและองค์กรสร้างสุข การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (HRD) และการขับเคลื่อนค่านิยมกระทรวงสาธารณสุข MOPH

๖. บูรณาการการดำเนินงานกับศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (OSSC) สสจ.มหาสารคาม

๗. บูรณาการกับการพัฒนางานวิชาการจังหวัดมหาสารคาม

๘. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Show & Share) ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๙. ติดตามความก้าวหน้าในการประชุมคณะกรรมการบริหารภายในสำนักงานสาธารณสุข (กบน.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

๑๐. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “PMQA สสอ.มหาสารคาม” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๑๑. รายงานผลการดำเนินงานในระบบ KPI Version ๓ ตาม Small success แต่ละไตรมาส

๑๒.การรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านทางเว็บไซต์ http://opdc.moph.go.th/ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตาม Small success แต่ละไตรมาส

๑๓. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ จำนวน ๑ หมวด เพื่อรับการตรวจประเมิน Site-visit ณ พื้นที่ปฏิบัติงาน จากคณะกรรมการตรวจประเมินของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อแสดงผลรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๒. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๓. ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในหมวดที่ดำเนินทั้ง ๖ หมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้แก่ หมวด ๑ การนำองค์การ หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดความรู้ หมวด ๕ บุคลากร และหมวด ๖ การปฏิบัติการ เพื่อหาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)

๔. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน

๕. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ รวมอย่างน้อย ๑๘ ตัวชี้วัด

๖. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

๗. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๘. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย ๑ เรื่อง

๙. จัดทำรายงานผลงานดำเนินงานที่โดดเด่นในหมวดบังคับปี ๒๕๖๘ (หมวด ๑ การนำองค์การ และหมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์) เพื่อรับการตรวจประเมินจากทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑๐. จัดทำรายงานผลงานดำเนินงานที่โดดเด่นรายหมวด ในหมวดที่ส่วนราชการเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ๑ หมวด (ในหมวด ๓, ๔, ๕, ๖)

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail: rutchaneevipa@yahoo.com
๒. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๕-๒๔๒๔๑๕๑ E-mail: siri.mkho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๕ : โครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๐ : ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการ อย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๔๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน

๔๐.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

๒. คำนิยาม

๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรคโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

๒. โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง จังหวัดที่มีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ ของโรงพยาบาลแต่ละเขตสุขภาพ

๓. ผู้มารับบริการ หมายถึง ผู้มารับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides

๔. กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและได้รับตรวจติดตามภาวะโรคเบาหวานด้วยการตรวจ HbA๑c, LDL และ Creatinine

๔.๑ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน ควรได้รับการตรวจ HbA๑C และ LDL ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ไม่เกินร้อยละ ๕ เพื่อเป็นการลดการสั่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็น

๔.๒ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA๑C, LDL และ Creatinine อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๗๐ เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสม ไม่น้อยเกินไป และเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วย

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ เชิงระบบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus)	ร้อยละ ๑๐๐	N/A	N/A	ร้อยละ ๑๐๐

๓.๒ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำ ภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	N/A	ร้อยละ ๗.๘๗	ร้อยละ ๓.๖๓ ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ ก.ค. ๖๘
๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกิน ร้อยละ ๕			
๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	มากกว่า ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๓.๘๒	ร้อยละ ๗๘.๕๘	ร้อยละ ๗๗.๙๕ ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ ก.ค. ๖๘
๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง	มากกว่า ร้อยละ ๗๐	ตัวชี้วัดใหม่		
๖. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	มากกว่า ร้อยละ ๗๐	ตัวชี้วัดใหม่		
๗. ร้อยละของผู้รับบริการ ได้รับ การตรวจ Total Cholesterol ซ้ำ ภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	ตัวชี้วัดใหม่		
๘. ร้อยละของผู้รับบริการ ได้รับการ ตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	ตัวชี้วัดใหม่		

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการสั่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัด

๒. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ในผู้มารับบริการและผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งด้าน Overutilization และ Underutilization

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ระบบการรายงาน RLU hospital ใน E- Report บน www.rluthailand.com

๒. ข้อมูล HDC ของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๓ แห่ง

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนโรงพยาบาลในจังหวัด ที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดทั้งหมด

C : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน

D : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA๑c ทั้งหมด

E : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน ๙๐ วัน

F : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol ทั้งหมด

G : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA๑c

H : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

I : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol

J : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

K : จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Creatinine

L : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานทั้งหมด

M : จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน ๙๐ วัน

N : จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ทั้งหมด

O : จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน ๙๐ วัน

P : จำนวนครั้งที่ได้รับการตรวจ Triglycerides ทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

เชิงระบบ

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย					
ลำดับ	**เกณฑ์**	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ เดือน**
๑.	ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัด ที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด *หมายเหตุ :จัดทำ Self-assessment ประเมินผลดำเนินงานตามแนวทางบันได ๔ ขั้น พร้อมแนบหลักฐาน ผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๑๐๐

เชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย					
ลำดับ	**เกณฑ์**	**รอบ ๓ เดือน**	**รอบ ๖ เดือน**	**รอบ ๙ เดือน**	**รอบ ๑๒ ดือน**
๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Hba๑c, LDL-Cholesterol ซ้ำภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	ไม่เกินร้อยละ ๗	ไม่เกินร้อยละ ๖	ไม่เกินร้อยละ ๕
๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ Hba๑c, LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	มากกว่าร้อยละ ๒๐	มากกว่าร้อยละ ๓๕	มากกว่าร้อยละ ๖๐	มากกว่าร้อยละ ๗๐
๓.	ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol และ Triglycerides ซ้ำภายใน ๙๐ วัน	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	ไม่เกินร้อยละ ๗	ไม่เกินร้อยละ ๖	ไม่เกินร้อยละ ๕

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๘.๑ เกณฑ์ที่กำหนดเป็น RLU hospital Plus*

กิจกรรม	หลักฐาน
<u>บันไดขั้นที่ ๑ คณะกรรมการ RLU</u>	
๑.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr.RLU หรือ RLU Coordination)	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับ ผิดชอบหลัก ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้บริหารสูงสุด ๒. สหวิชาชีพอย่างน้อยควรประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารสูงสุด แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ นักคอมพิวเตอร์ ๓. รายชื่อกรรมการ RLU ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ณ ปัจจุบัน ๔. มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักหรือผู้ประสานงานด้าน RLU ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ ผู้บริหารสูงสุด โดยอาจแยกหรือรวมในคำสั่ง กรรมการ RLU ก็ได้ ๕. ระบุบทบาท หน้าที่ของ Mr. RLU ให้ชัดเจน เช่น เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ดังนี้ จัดทำแผน กำกับติดตาม ประสานงาน สื่อสารผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารสูงสุด และผู้ที่เกี่ยวข้อง ๖. มีรายงานการประชุม, มติ และการนำไปปฏิบัติ ๗. มีการประชุมอย่างน้อย ไตรมาสละ ๑ ครั้ง (ทั้งหมด ๔ ไตรมาส) ๘. รูปแบบรายงานการประชุมให้เป็นไปตามระเบียบสารบรรณ ต้องมีรายละเอียด ประกอบด้วย วัน เดือน ปี และสถานที่ประชุม ชื่อ

กิจกรรม	หลักฐาน
	ผู้เข้าร่วมประชุม มติจากการประชุม ผู้บันทึก ผู้ตรวจสอบรายงานการประชุม ๙. มติจากการประชุม ต้องระบุผู้รับผิดชอบ และกำหนดระยะเวลาดำเนินการอย่างชัดเจน ๑๐. วาระการประชุมควรประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูล การเลือกการทดสอบ การประเมินผล
๑.๒ จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital Plus ที่ลงนามโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล	๑. ประกาศเจตนารมณ์ RLU hospital Plus ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารสูงสุดลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. หลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ (การสื่อสารอาจรวมถึงการลงนามรับทราบ การแจ้งหนังสือเวียน การแจ้งผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น line, email, website ของโรงพยาบาล)
<u>บันไดขั้นที่ ๒ วิเคราะห์ข้อมูล</u>	
๒.๑ วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	๑. หลักฐานการประชุม และมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) ๒. ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์ต้องเป็นข้อมูล ณ ปัจจุบัน **คำอธิบาย :** การเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ ควรมีข้อมูลสนับสนุน เช่น high cost/high volume ๒. บัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) **คำอธิบาย :** รายการที่เลือกมาทำ RLU ควรเกิดจากความเห็นตรงกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล ซึ่งอาจเริ่มจาก ๑-๒ รายการทดสอบ เพื่อให้เกิดระบบก่อนแล้วจึงเพิ่มรายการอื่นๆ ในภายหลัง ๓. มีบัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization) ๔. ทำบัญชีรายโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา ต้องใช้แบบฟอร์มของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ต้องลงนามผู้จัดทำ และผู้อนุมัติ ๕. บัญชีรายการโรคฯ ทั้งหมดต้องถูกนำไปกำหนดเป็นตัวชี้วัด
<u>บันไดขั้นที่ ๓ กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization</u>	
๓.๑ กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	๑. มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของโรงพยาบาลที่กำหนดในการปฏิบัติงาน ๒. มาตรการหรือแนวทางที่กำหนด ครอบคลุมทุกตัวชี้วัดในบัญชีรายการ ที่ได้จากการวิเคราะห์จากบันไดขั้นที่ ๒ ทั้งด้าน overutilization และ/หรือ underutilization

กิจกรรม	หลักฐาน
	๓. ประกาศมาตรการ โดย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ได้รับมอบหมาย ๔. มีหลักฐานแสดงการสื่อสารไปที่สหวิชาชีพ และมีการดำเนินงานตามมาตรการ ๕. มีผลการประเมินประสิทธิภาพของทุกมาตรการหรือแนวทาง
๓.๒ กำหนดมาตรการ โดยการใช้ระบบ IT* **(ต้องมี)**	๑. มีหลักฐาน แสดงการใช้ระบบ IT ของตัวชี้วัด ในการกำหนดมาตรการ ดังนี้ เช่น pop up แจ้งเตือนการส่งตรวจซ้ำ หรือแจ้งเตือนในกรณีที่ยังไม่ได้รับการตรวจ ฯลฯ
<u>บันไดขั้นที่ ๔ การประเมินผล</u>	
๔.๑ มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	๑. หลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของโรงพยาบาลที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้บริหารสูงสุดลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร ๒. หลักฐานการประเมินผลตัวชี้วัด RLU ๓. มีการแสดงแนวโน้มผลลัพธ์ มีกระบวนการเรียนรู้ สู่การปรับเปลี่ยนระบบงาน
๔.๒ มีการติดตามตัวชี้วัด โดยใช้ระบบ IT* **(ต้องมี)**	๑. ตัวชี้วัด RLU ที่เป็นตัวชี้วัดการตรวจราชการ : แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วย HDC ๒. ตัวชี้วัด RLU ที่โรงพยาบาลกำหนดเพิ่ม : แสดงผลการติดตามตัวชี้วัดด้วยโปรแกรม RLU KPI Monitor ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือโปรแกรมของโรงพยาบาลเอง
๔.๓ รายงานผลค่าใช้จ่ายของทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEX	๑. มีรายงานผลค่าใช้จ่ายทางห้องปฏิบัติการในโปรแกรม LabEx โดยลงข้อมูลของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ และ ๒๕๖๙
หมายเหตุ* โรงพยาบาลทุกแห่งจัดทำ Self-assessment ประเมินผลการดำเนินงานตามแนวทางบันได ๔ ขั้น* ด้วยตนเอง พร้อมแนบหลักฐานผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com	

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางดวงดาว ราตรีสุข ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ : ๐๘๖ - ๒๑๘๒๐๓๖ E-mail : -
๒. นางศิรประภา สุวรรณพัฒน์ ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทรศัพท์ : ๐๙๓–๓๙๐๔๕๖๓ E-mail : sira.ssj99@gmail.com
๓. นางสาวศิริพร สุจจะชารี ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ : ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔ E-mail : -

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่ ๒๖ : โครงการยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)
๒. คำนิยาม

๑. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้

๒. เทคโนโลยีด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การนำเอาองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาพัฒนาให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

๓. นวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ หมายถึง นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่มีการศึกษา วิจัย ประดิษฐ์ คิดค้นใหม่ ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง

๔. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม

๕. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่พัฒนาขึ้นจากกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด โดยนวัตกรรมดังกล่าวอาจไม่จำกัดเฉพาะผลิตภัณฑ์หรือบริการที่พัฒนาขึ้นใหม่ซึ่งไม่เคยมีปรากฏในที่อื่นๆ มาก่อน แต่เป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พัฒนาขึ้นซึ่งทำให้หรือจะทำให้เกิดประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขได้ จำแนกเป็น ๔ ประเภท ได้แก่

๑) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น

๒) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างขึ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขอการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น

๓) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงาน

โดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น

๔) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

๖. เทคโนโลยีทางสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือเครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

๗. การผลิต หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่งภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

๘. การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์ หมายถึง การมีหลักฐานที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ประโยชน์ มีดังนี้

๑) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนาในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทางห้องปฏิบัติการ การตรวจชันสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น

๒) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และวัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีววัตถุ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น

๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่ายผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

๙. ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง การจัดเก็บข้อมูลองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มีความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

๑๐. อำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการผลิตผลงานวิชาการ/วิจัย นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ การยกระดับ

การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	ปีงบประมาณ ๒๕๗๑
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การยกระดับการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพสู่เป้าหมายจังหวัดสุขภาพดี ประชาชนมีอายุยืนยาว ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยนวัตกรรมและองค์ความรู้ขององค์การ

๕. แหล่งข้อมูล

๑. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

๒. ฐานข้อมูลนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง

๖. รายการข้อมูล

ข้อมูลจำนวน/รายละเอียดของนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง

๗. กลยุทธ์การดำเนินงานในปี ๒๕๖๙

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค แก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

๒. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ

๓. ขยายทีม FA ทุกอำเภอ

๔. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามและในระดับอำเภอ เพื่อส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ ในเวทีระดับต่างๆ เป็นการส่งเสริมพัฒนาและกระตุ้นการคิดค้นการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของผลงานวิชาการให้ได้คุณภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสาร วิชาการต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ

๕. จัดทำฐานข้อมูลผลงานวิชาการ วิจัย และนวัตกรรม เพื่อรวบรวมและขยายผลงานวิชาการ/ วิจัย/ นวัตกรรม/ แนวปฏิบัติที่ดี

๖. การส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความสามารถและโอกาส ในการพัฒนางานวิชาการงานวิจัย/R๒R เครือข่ายระดับเขต/กระทรวง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๘.๑ แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานของจังหวัด และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับ CUP ในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงานเชิงวิชาการ/ผลงานวิจัย และผลงานนวัตกรรม

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการด้านส่งเสริมป้องกันโรค แก้ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

๓. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ

๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ ผู้วิจัยครอบคลุมระดับ รพ.สต./อำเภอ/จังหวัด

๕. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน

๖. พัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๗. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับจังหวัด มีฐานข้อมูลผลงานวิชาการ วิจัยและนวัตกรรม ทางเวปไซต์ สสจ.มหาสารคาม http://mkho.moph.go.th

๘. พัฒนาโปรแกรมการส่งผลงานวิชาการในงานมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๙

๙. จัดมหกรรมวิชาการสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๙

๑๐. สนับสนุนการพัฒนางานวิชาการของกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และในระดับอำเภอ เพื่อส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ด้านวิชาการ ในเวทีระดับต่างๆ เป็นการส่งเสริมพัฒนาและกระตุ้นการคิดค้นการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของผลงานวิชาการให้ได้คุณภาพ สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสาร วิชาการต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ

๑๑. กำหนดให้ R๒R เป็นตัวชี้วัดของกลุ่มงาน และตัวชี้วัดของบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ CUP (Innovation)

๑๒. กำหนดให้การประเมินผลไตรมาสของกลุ่มงาน/ CUP/ รพ.สต.ทุกแห่ง เป็นการเสนอผลงานวิชาการประเภท Project Evaluation (Innovation) โดยกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดของระดับบุคคลด้วย

๑๓. บูรณาการกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs)

๑๔. กำหนดให้ R๒R เป็นตัวชี้วัดรายบุคคลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๑๕. มีการติดตามความก้าวหน้า ในการประชุมคณะกรรมการบริหาร (กบห.) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.)

๑๖. ประสานการดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มไลน์ชื่อ “วิจัยสาธารณสุข_มค” เพื่อให้การปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอมีประสิทธิภาพสูงสุด

๘.๒ แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. การประกาศเป็นนโยบายการดำเนินงานในการพัฒนางานประจำให้เป็นผลงาน เชิงวิชาการ/ผลงานวิจัยและผลงานนวัตกรรม

๒. มี PM ด้านการพัฒนาคุณภาพงานวิชาการและผู้ประสานงานหลักในระดับอำเภอ

๓. พัฒนาคุณภาพฐานข้อมูลงานวิจัยและนวัตกรรมในระดับอำเภอ

๔. พัฒนากลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้ประสานงานวิจัย/ ผู้วิจัยครอบคลุมระดับอำเภอ

๕. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการตีพิมพ์ผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐาน

๖. ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยทุกระดับในการนำเสนอผลงานวิจัยและนวัตกรรมทุกประเภทในเวทีระดับชาติและนานาชาติ

๙. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๑-๖๗๐๗๔๖๒ E-mail: rutchaneevipa@yahoo.com
๒. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๕-๒๔๒๔๑๕๑ E-mail: siri.mkho@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงานที่ ๑๒ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่ ๒๗. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๒ ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดีขึ้นไป (≥๑๐.๕ คะแนน)

๒. คำนิยาม

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์การให้คะแนน หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพของหน่วยบริการ Total Performance Score (TPS) ที่ผ่านเกณฑ์ดี และดีมาก

ผ่านเกณฑ์

A = ดีมาก (≥ ๑๒ คะแนน)

B = ดี (≥ ๑๐.๕ คะแนน แต่ < ๑๒ คะแนน)

ไม่ผ่านเกณฑ์

C = พอใช้ (≥ ๙ คะแนน แต่ < ๑๐.๕ คะแนน)

D = ปรับปรุง (≥ ๗.๕ คะแนน แต่ < ๙ คะแนน)

F = ไม่ผ่าน (< ๗.๕ คะแนน)

การประเมินประสิทธิภาพ หมายถึง การประเมินประสิทธิภาพผลการดำเนินงานในภาพรวมของหน่วยบริการ แบ่งเป็น

๑. ด้านกระบวนการ (Process Indicators)

๑.๑ การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

๑.๒ การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน

๑.๓ การบริหารจัดการ ได้แก่ ต้นทุนและค่าใช้จ่าย, ผลผลิต (Productivity)

๒. ด้านผลลัพธ์การดำเนินงาน

๒.๑ ความสามารถในการทำกำไร

๒.๒ การวัดสภาพคล่องทางการเงิน

ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) หมายถึง หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ≥ ๑๐.๕ คะแนน

Total Performance Score (TPS) : 15 คะแนน

1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicator)	เป้าหมาย		10 คะแนน
1.1 การบริหารแผน PlanFin :			2
• รายได้	± 5%	1.0	
• รายจ่าย	± 5%	1.0	
1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียน			3
• ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้ การค้าค่ายา วภ.มิใช่ยา	Cash ≥ 0.8 , ≤ 90 วัน	1.0	
• ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ UC	Cash < 0.8 , ≤ 180 วัน	0.5	
• ระยะเวลาเรียกเก็บหนี้ CSMBS	≤ 60 วัน	0.5	
• สินค้าคงคลัง	≤ 60 วัน	1.0	
	≤ 60 วัน , พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน		
1.3 การบริหารจัดการ			5
• Unit Cost for OP	ไม่เกินค่ากลาง	1.0	2
Unit Cost for IP	ไม่เกินค่ากลาง	1.0	
LC ค่าแรง	ไม่เกินค่ากลาง	0.5	
MC ค่ายา	ไม่เกินค่ากลาง	0.5	
MC ค่า lab.	ไม่เกินค่ากลาง	0.5	
MC ค่าเวชภัณฑ์	ไม่เกินค่ากลาง	0.5	
• คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น		1.0	3
• Productivity ที่ยอมรับได้			
อัตราครองเตียง	≥ 80 %	1.0	
Sum of adjust RW	เกินค่ากลางกลุ่ม หรือเพิ่มขึ้น 5%	1.0	

2.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน		5 คะแนน
2.1 ความสามารถในการทำกำไร		3
• Operating Margin ≥ ค่ากลาง (EBITDA/รายได้จากการดำเนินงาน)	1.0	
• ROA (NI/สินทรัพย์รวม) ≥ ค่ากลาง	1.0	
• EBITDA ≥ 0	1.0	
2.2 วัดสภาพคล่องทางการเงิน		2
• ทุนสำรองสุทธิ NWC ≥ 0	1.0	
• Cash Ratio ≥ 0.8	1.0	

Total Performance Score : 15 คะแนน		
≥ 12 คะแนน	A	ดีมาก
≥ 10.5 แต่ <12	B	ดี
≥ 9 แต่ <10.5	C	พอใช้
≥ 7.5 แต่ < 9	D	ต้องปรับปรุง
< 7.5 คะแนน	F	ไม่ผ่าน

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดีขึ้นไป (≥๑๐.๕ คะแนน)	-	≥ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

๒. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ/www.hfo.moph.go.th รายไตรมาส

๖. รายการข้อมูล

A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ≥ ๑๐.๕ คะแนน

B = จำนวนหน่วยบริการในจังหวัดมหาสารคามทั้งหมด

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. จัดตั้งระบบ โครงสร้าง ทีม มอบหมายงานที่ชัดเจน โดยออกแบบกระบวนกาที่เกี่ยวข้องสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนสู่เป้าหมาย

๒. ปฏิบัติและปรับปรุงตามระบบ (ทำ, เก็บข้อมูล, แก้ไข) ตามขั้นตอน ระเบียบ และระบบที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

๓. กำกับอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ติดตาม วิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูล และรายงานสู่การตัดสินใจระดับสูง

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๓S	การประเมินเชิงคุณภาพ	มุ่งเน้น
(Structure) การมอบหมายงาน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบของหน่วยบริการ ในด้านที่เกี่ยวข้อง (เช่น ด้านแผนยุทธศาสตร์ แผนกจัดบริการ ประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ การเงิน บัญชี การจัดเก็บรายได้ บุคลากร และพัสดุ รวมทั้งผู้บริหารและ CFO)	จัดตั้งระบบ โครงสร้างทีม มอบหมายงานที่ชัดเจน โดยออกแบบกระบวนการที่เกี่ยวข้องสร้างการมีส่วนร่วมพัฒนาสู่เป้าหมาย
(Staff) การปฏิบัติงานของบุคลากร	๑. ผู้รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่ตามคำสั่งที่ได้รับมอบหมาย ๒. ผู้รับผิดชอบมี Flow chart ของทุกกระบวนงาน กำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน ๓. ผู้รับผิดชอบปฏิบัติตาม Flow chart ของทุกกระบวนงาน	ปฏิบัติและปรับปรุงตามระบบ (ทำ, เก็บข้อมูล, แก้ไข) ตามขั้นตอน ระเบียบ และระบบที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
(System) การกำกับติดตามต่อเนื่อง	๑. ผู้รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่กำกับติดตาม ๒. มีผลการกำกับติดตามในวาระการประชุมเปรียบเทียบข้อมูลปัจจุบันกับข้อมูลรายงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ๓. รายงานที่ดี แสดงการวิเคราะห์แนวโน้มของตัวชี้วัดย้อนหลังอย่างน้อย ๓ ปี ๔. รายงานที่ดี มีผลการเปรียบเทียบกับหน่วยงานในระดับเดียวกัน ๕. จัดทำรายงานสรุปปัญหา แนวทางการแก้ไข พร้อมข้อเสนอแนะ และพัฒนาตัวคุณภาพองค์กร	กำกับอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ติดตาม วิเคราะห์ เชื่อมโยงข้อมูล และรายงานสู่การตัดสินใจระดับสูง (ติดตามภาพใหญ่, พัฒนาองค์กร)

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางรัติญา ประสาระเอ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
โทร. ๐๘๙-๘๖๑-๓๘๒๓

๒. นางธัญณิชา โตหนองหว้า ตำแหน่ง นักวิชาการคอพิวเตอร์ปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๑-๒๖๑-๔๗๑๔

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕

Health-Related Economy Excellence

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : Health-Related Economy Excellence
แผนงานที่ ๑๓ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๒๘ : โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๓ : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

๒. คำนิยาม

อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา นวดเพื่อสุขภาพและนวดเพื่อเสริมความงาม ได้รับมาตรฐานด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยคิดจากผลงานสะสม ๓ ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๖๘)

มาตรฐานตามที่กำหนด หมายถึง มาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) โดยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต้องผ่านการรับรองตามเกณฑ์การตรวจประเมิน ๕ ด้าน

ค่าเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ คิดจากผลการดำเนินงานสะสมรวมระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘ จำนวน ๖ แห่ง เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ (๒ แห่ง)

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	NA	NA	ร้อยละ ๒๐ (๒ แห่ง)

๔. วัตถุประสงค์

เพื่อยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีศักยภาพในการแข่งขันและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

ประกาศคณะกรรมการตรวจประเมินรางวัลระดับพรีเมียม

๖. รายการข้อมูล

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : (A-B) x ๑๐๐/B)

A : จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง ๓ ปี และของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๖๙)

B : จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดสะสมย้อนหลัง ๓ ปี (ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖–๒๕๖๘)

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๒. การพัฒนาการประชาสัมพันธ์รับสมัครเข้ารับการประเมินรางวัลระดับพรีเมียมร่วมกับเครือข่ายระดับอำเภอ

๓. การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกอำเภอ

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. เข้าร่วม/จัดการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

๒. สำรวจสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกอำเภอ

๓. ประชาสัมพันธ์รับสมัครเข้ารับการประเมินรางวัลระดับพรีเมียมโดยเครือข่ายระดับอำเภอ

๔. พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกอำเภอด้วยการลงพื้นที่ให้คำแนะนำตามเกณฑ์

๕. สถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมพัฒนายกระดับสมัครเข้าร่วมรับการตรวจประเมิน และได้รับมาตรฐานตามที่กำหนดเพิ่มขึ้น ๒ แห่ง

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๔๕๙๐๑ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๒. นางสาวรัตนพร เสนาลาด ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๖๓-๔๙๓๙๒๘๙ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com
๓. นางสาวสุภารัตน์ หะรังษี ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ
โทรศัพท์ ๐๙๓-๓๒๗๘๙๖๔ E-mail : ttmmhsk๗@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : Health-Related Economy Excellence
แผนงานที่ ๑๓ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๒๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๔ จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก
๒. คำนิยาม

๑. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก หมายถึง เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) มีผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนี้

๑.๑ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาตตามเป้าหมายที่กำหนด

๑.๒ มีแนวทางการพัฒนาผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ให้มีศักยภาพในการส่งออก

๒. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย ที่ผลิตโดยผู้ประกอบการกลุ่มเศรษฐกิจฐานรากในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และผลิตโดยผู้ประกอบการที่มีคุณลักษณะอย่างน้อย ๑ ข้อ ดังนี้

๒.๑ ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘

๒.๒ ผู้ประกอบการจดทะเบียนวิสาหกิจรายย่อยและวิสาหกิจขนาดย่อม ตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. ๒๕๖๒

๒.๓ ผู้ประกอบการที่ไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พ.ร.บ. โรงงาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

๓. ได้รับอนุญาตเพิ่มขึ้น หมายถึง ได้รับการอนุญาตผลิตภัณฑ์ใหม่จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๘

๔. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตในประเทศ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ เครื่องมือแพทย์ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง และวัตถุอันตราย

๕. ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก หมายถึง ได้รับคำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานการผลิตต่างๆ หรือกิจกรรมส่งเสริมเพื่อให้สถานที่ผลิตได้มาตรฐานสากล เช่น GMP PICs HACCP GMP PICs HACCP GMP PICs HACCP หรือได้มาตรฐานของแต่ละประเทศที่จะส่งออก เป็นต้น

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
๑. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก	NA	NA	NA

๔. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนด

๒. กระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการตามแนวทางที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากำหนด ในการพัฒนาเศรษฐกิจฐานราก

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ฐานข้อมูลการอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบ Skynet

๒. ข้อมูลจากโครงการหรือกิจกรรมดำเนินการของปีงบประมาณ ๒๕๖๙

๖. รายการข้อมูล

ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

A : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการอนุญาต

B : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนเป้าหมาย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑ : (A/B) x ๑๐๐

C : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. ประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่รับผิดชอบในการส่งเสริมผู้ประกอบการ OTOP และวิสาหกิจชุมชน เพื่อร่วมกันส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนในพื้นที่

๒. ส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนรายใหม่ ให้มีความรู้ความเข้าใจในการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ การปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๓. ส่งเสริมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนรายเก่าที่ได้รับมาตรฐานด้านสถานที่ผลิตแล้ว ให้มีการขออนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น

๔. อบรมผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้มีศักยภาพด้านการตลาด มีช่องทางการจำหน่ายออนไลน์ เช่น Shopee, Lazada, Tiktok

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

แนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด

๑. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ด้านความรู้ความเข้าใจใน พ.ร.บ. ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย

๒. คัดเลือกกลุ่มเป้าหมายของสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน เพื่อการพัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๓. ลงพื้นที่สถานประกอบการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ OTOP/กลุ่มวิสาหกิจชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ

๔. พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการเป้าหมายในการส่งออก โดยมีการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบ หลักเกณฑ์ ข้อบังคับและมาตรฐานการผลิต ส่งเสริมให้สถานที่ผลิตได้มาตรฐานสากล เช่น GMP PICs HACCP GMP PICs HACCP GMP PICs HACCP หรือได้มาตรฐานของแต่ละประเทศที่จะส่งออก เป็นต้น

๕. พัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ OTOP/กลุ่มวิสาหกิจชุมชน ด้านการตลาด และมีช่องทางการจำหน่ายออนไลน์ เช่น Shopee, Lazada, Tiktok

แนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ

๑. กำหนดกลุ่มเป้าหมายของสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน เพื่อการพัฒนาและส่งเสริมผู้ประกอบการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

๒. ลงพื้นที่สถานประกอบการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ OTOP/กลุ่มวิสาหกิจชุมชนตามเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับอำเภอ

๓. กำกับติดตามผู้ประกอบการ OTOP/กลุ่มวิสาหกิจชุมชน ด้านการตลาด และมีช่องทางการจำหน่ายออนไลน์ เช่น Shopee, Lazada, Tiktok

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นางสาวณัชชา สาวีรัมย์ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙-๕๒๒๙-๔๔๒๘ E-mail : natcha๒๘๐๓@gmail.com
๒. นางปธิณี อัคนิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๘-๐๗๔๙-๔๒๖๑ E-mail : Pathinee.p@gmail.com

นิยามตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ยุทธศาสตร์ที่ ๕ : Health-Related Economy Excellence
แผนงานที่ ๑๓ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่ ๒๙ : โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๔๔.๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. คำนิยาม

ความสำเร็จการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของหน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดและระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น ยา อาหาร เครื่องสำอาง และได้รับความปลอดภัยจากบริการสุขภาพ ได้แก่สถานพยาบาลเอกชน ด้วยการตรวจเฝ้าระวังมาตรฐานสถานประกอบการ เฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์ เฝ้าระวังการโฆษณา การจัดการเรื่องร้องเรียน ให้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานกำหนด รวมถึงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ประกอบการ การเสริมสร้างความร่วมมือของเครือข่ายภาครัฐและส่งเสริมความเข้มแข็งภาคประชาชน เพื่อให้เกิดการคุ้มครองผู้บริโภคในเชิงรุก

อำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จฯ หมายถึง การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคฯของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ตามเกณฑ์การประเมิน ๕ ด้าน ประกอบด้วย

๑) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานการตรวจสอบเฝ้าระวังตามกฎหมาย มีการตรวจสอบเฝ้าระวังมาตรฐานสถานประกอบการ/เฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์/เฝ้าระวังการโฆษณาทางวิทยุและสื่อออนไลน์ในเขตรับผิดชอบตามเป้าหมายกำหนด

๒) ด้านความเข้มแข็งและประสิทธิภาพของเครือข่าย คบส. มีคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ มีการประชุม กำหนดแนวทาง ดำเนินงาน ติดตามแก้ไขปัญหาอุปสรรคอย่างสม่ำเสมอ

๓) ด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการสุ่มตรวจเฝ้าระวังคุณภาพผลิตภัณฑ์ เป้าหมาย และดำเนินการตามแผนที่กำหนด

๔) ด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ณ OSCC อำเภอ มีการให้บริการศูนย์ผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จระดับอำเภอ ปรับปรุงการให้บริการ ตามคู่มือกำหนด

๕) ด้านการจัดการการโฆษณาของสถานประกอบการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ มีการเฝ้าระวังการโฆษณาทางสื่อวิทยุ และสื่อออนไลน์พร้อมทั้งรายงานตามระยะเวลาและช่องทางกำหนด

๓. เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	NA	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๔. วัตถุประสงค์

๑. ยกระดับมาตรฐานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

๒. สร้างระบบเฝ้าระวังและตรวจสอบผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกอำเภอ

๓. เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ได้แก่ รพช., สสอ., รพ.สต., อปท., ตำรวจ, ปกครอง และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรและภาคเอกชน

๕. แหล่งข้อมูลและวิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลสถานประกอบการด้านสุขภาพและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบ e-Submission

๒. ข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนผ่านระบบ Biz portal

๓. ข้อมูลสถานประกอบการด้านสุขภาพผ่าน Looker studio กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๔. รายงานผลการตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และการแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ

๕. บันทึกข้อมูลการตรวจสอบใน Google form พร้อมรูปถ่าย

๖. รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายเดือน/รายไตรมาส/รายปี

๖. รายการข้อมูล

A : จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์ความสำเร็จการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด

B : จำนวนอำเภอทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน

เกณฑ์การประเมิน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๑๐๐

๗. กลยุทธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. สร้างมาตรฐานการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้ง ๑๓ อำเภอ โดยจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน SOP และพัฒนา Checklist แบบฟอร์มตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ

๒. อบรมการใช้งานระบบตรวจสอบเฝ้าระวังให้เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอ

๓. พัฒนาอำเภอต้นแบบด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

๔. สร้างแรงจูงใจให้กับเครือข่ายอำเภอ ได้แก่ การมอบรางวัล ตลอดจนการสนับสนุนงบประมาณ

๕. สร้างระบบเฝ้าระวัง โดยการออกตรวจสอบแบบบูรณาการ

๖. จัดระดับความเสี่ยงของกลุ่มสถานประกอบการ เพื่อวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับจังหวัด

๘. แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๙

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่แผนการดำเนินงาน

๒. ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ

๓. จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคและติดตามการดำเนินงาน

๔. สุ่มเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนงาน และรายงานผลการดำเนินงาน

๕. ตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์สุขภาพตามกลุ่มเสี่ยง

๖. จัดทำรายงานผลการดำเนินงานประจำปี

๙. ผู้รับผิดชอบ

๑. นายเกษียร นวนน่วม ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ ๐๘๕-๐๐๐๕๐๗๘ E-mail : gasian๒๕๑๕@gmail.com
๒. นางอาภากร ต้นกันยา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ ๐๙๖-๓๖๓๕๖๖๙ E-mail : apanut๑๓@gmail.com



งานยุทธศาสตร์สุขภาพ
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์ 043-777972 ต่อ 313
วันที่ 22 ธันวาคม 2568