



เอกสารตัวชี้วัดการตรวจนิเทศติดตามราชการปกติ

ปีงบประมาณ 2565

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

โทร.073-532058-302

E-mail:Plannara@gmail.com

สารบัญตัวชี้วัด

สารบัญตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หน้า
Agenda based			
1	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตคน	ส่งเสริม	2
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ส่งเสริม	4
3	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ส่งเสริม	7
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	ส่งเสริม	10
5	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ส่งเสริม	12
6	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ส่งเสริม	14
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม	16
8	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม	18
9	คนจังหวัดนราธิวาส จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย (ก้าวทำใจ Season 4)	ส่งเสริม	20
10	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	พัฒนา	23
11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	NCD	26
12	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	NCD	29
13	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน	คร.	32
14	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	อว.	35
15	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	พัฒนา	40
16	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	พัฒนา	42
17	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 75)	พัฒนา	45
18	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน (Stroke : I60-I69)	NCD	47
19	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	คร.	50

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หน้า
20	ร้อยละของการขับเค็ลื้อน RDU ระดับอำเภอสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์ที่กำหนด	คบ.	55
21	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	ส่งเสริม	59
22	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ให้บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	แผนไทย	61
23	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	NCD	64
24	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในพื้นที่	NCD	66
25	อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	พัฒน์	69
26	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	NCD	77
27	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	NCD	80
28	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m2/yr	NCD	84
29	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการ ดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	NCD	87
30	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	พัฒน์	89
31	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชา ทางการแพทย์	คบ.	93
32	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	NCD	96
33	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	NCD	98
34	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	NCD	100
35	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอ เพิ่มขึ้น	แผนไทย	102
36	ระดับความสำเร็จของการเข้าใช้ระบบ Non-HR	ทรัพย์	105
37	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุข ของพนักงาน (Happinometer)	ทรัพย์	107
38	ระดับความสำเร็จในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน (ITA)	กฎหมาย	109
39	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ตรวจสอบและประเมินผลระบบ การควบคุมภายใน	ตรวจสอบ	112
40	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	พัฒน์	115
41	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	พัฒน์	120

ตัวชี้วัด ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หน้า
42	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	พัฒน์	125
43	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	IT	127
Functional based			
44	โรงพยาบาลระดับ S M F ใช้ Thairefer 100%	พัฒน์	131
45	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน HIS Gateway	IT	133
46	ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง	ประกัน	136
47	ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	ประกัน	138
48	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก	ประกัน	140
49	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ได้รับการตรวจสถานะฟัน และปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนม (caries free)	ทันต	142
50	ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ทันต	144
51	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	ทันต	146
52	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ส่งเสริม	148
53	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานสุศึกษา	IT	150
54	ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่	ยุทธศาสตร์	153
55	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	NCD	155
56	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	NCD	157
57	ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต	NCD	159
58	ร้อยละของรพ.สต.มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	ส่งเสริม	161
59	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 60	คร.	163
Area based			
60	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุด 1 ปี	คร.	167

ตัวชี้วัด มีทั้งหมด 60 ตัว
 Agenda based 43 ตัว
 Functional based 16 ตัว
 Area based 1 ตัว

ลำดับ ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หมายเหตุ
ชราวิภาส			
1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 4 /Agenda based
2	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 5 /Agenda based
3	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 6 /Agenda based
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และ ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 7 /Agenda based
5	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตก หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 8 /Agenda based
6	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	NCD	ตัวชี้วัดที่ 11 /Agenda based
7	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง	NCD	ตัวชี้วัดที่ 12 /Agenda based
8	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน (Stroke : I60-I69)	NCD	ตัวชี้วัดที่ 18 /Agenda based
9	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	NCD	ตัวชี้วัดที่ 26 /Agenda based
10	ร้อยละผู้สูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ทันต	ตัวชี้วัดที่ 50 /Functional based
11	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย เบาหวาน	NCD	ตัวชี้วัดที่ 55 /Functional based
12	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย ความดันโลหิตสูง	NCD	ตัวชี้วัดที่ 56 /Functional based
13	ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต	NCD	ตัวชี้วัดที่ 57 /Functional based
14	ร้อยละของรพ.สต.มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ระดับพื้นฐาน	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 58 /Functional based
15	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 60	คร.	ตัวชี้วัดที่ 59 /Functional based

ตัวชี้วัด ชราวิภาส ทั้งหมด 15 ตัว (หมายเหตุ : รวมอยู่ในตัวชี้วัด 60 ตัว)

Agenda based 9 ตัว

Functional based 6 ตัว

ลำดับ ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หมายเหตุ
5 กลุ่มโรค			
1	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	NCD	ตัวชี้วัดที่ 11 /Agenda based
2	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	NCD	ตัวชี้วัดที่ 12 /Agenda based
3	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน (Stroke : I60-I69)	NCD	ตัวชี้วัดที่ 18 /Agenda based
4	อัตราสำเร็จของการรักษาวินโรคปอดรายใหม่	คร.	ตัวชี้วัดที่ 19 /Agenda based
5	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 21 /Agenda based
6	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	NCD	ตัวชี้วัดที่ 23 /Agenda based
7	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในพื้นที่	NCD	ตัวชี้วัดที่ 24 /Agenda based
8	อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 25 /Agenda based
9	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานตามเวลาที่กำหนด	NCD	ตัวชี้วัดที่ 26 /Agenda based
10	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่ กำหนด	NCD	ตัวชี้วัดที่ 27 /Agenda based
11	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 ml/min/1.73m2/yr	NCD	ตัวชี้วัดที่ 28 /Agenda based
12	ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและ ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 30 /Agenda based
13	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	NCD	ตัวชี้วัดที่ 32 /Agenda based
14	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	NCD	ตัวชี้วัดที่ 33 /Agenda based
15	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	NCD	ตัวชี้วัดที่ 55 /Functional based
16	ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย ความดันโลหิตสูง	NCD	ตัวชี้วัดที่ 56 /Functional based

5 กลุ่มโรค 16 ตัว

Agenda based 14 ตัว

Functional based 2 ตัว

ลำดับ ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หมายเหตุ
5 ส่งเสริม			
1	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 1 /Agenda based
2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 2 /Agenda based
3	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 3 /Agenda based
4	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 4 /Agenda based
5	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 5 /Agenda based
6	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 6 /Agenda based
7	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 7 /Agenda based
8	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตก หกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 8 /Agenda based
9	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน	คร.	ตัวชี้วัดที่ 13 /Agenda based
10	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	แผนไทย	ตัวชี้วัดที่ 22 /Agenda based
11	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	NCD	ตัวชี้วัดที่ 29 /Agenda based
12	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	คบ.	ตัวชี้วัดที่ 31 /Agenda based
13	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอ เพิ่มขึ้น	แผนไทย	ตัวชี้วัดที่ 35 /Agenda based
14	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ได้รับการตรวจสภาวะฟัน และปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนม (caries free)	ทันต	ตัวชี้วัดที่ 49 /Functional based
15	ร้อยละสูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ทันต	ตัวชี้วัดที่ 50 /Functional based
16	ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	ทันต	ตัวชี้วัดที่ 51 /Functional based
17	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 52 /Functional based

ลำดับ ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หมายเหตุ
18	ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต	NCD	ตัวชี้วัดที่ 57 /Functional based
19	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 60	คร.	ตัวชี้วัดที่ 59 /Functional based
20	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุด 1 ปี	คร.	ตัวชี้วัดที่ 60 /Area based

5 ส่งเสริม 20 ตัว

Agenda based 13 ตัว

Functional based 6 ตัว

Area based 1 ตัว

ลำดับ ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หมายเหตุ
5 สนับสนุน			
1	คนจังหวัดนราธิวาส จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย (ก้าวทำใจ Season 4)	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 9 /Agenda based
2	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 10 /Agenda based
3	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	อว.	ตัวชี้วัดที่ 14 /Agenda based
4	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 15 /Agenda based
5	จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 16 /Agenda based
6	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 75)	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 17 /Agenda based
7	ร้อยละของการขับเคลื่อน RDU ระดับอำเภอสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนด	คบ.	ตัวชี้วัดที่ 20 /Agenda based
8	ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	NCD	ตัวชี้วัดที่ 34 /Agenda based
9	ระดับความสำเร็จของการเข้าใช้ระบบ Non-HR	ทรัพยากร	ตัวชี้วัดที่ 36 /Agenda based

ลำดับ ที่	รายการตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ ฝ่าย	หมายเหตุ
10	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ - ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของ คนทำงาน (Happinometer)	ทรัพยากร	ตัวชี้วัดที่ 37 /Agenda based
11	ระดับความสำเร็จในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน (ITA)	กฎหมาย	ตัวชี้วัดที่ 38 /Agenda based
12	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ตรวจสอบและประเมินผล ระบบการควบคุมภายใน	ตรวจสอบ	ตัวชี้วัดที่ 39 /Agenda based
13	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 40 /Agenda based
14	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 41 /Agenda based
15	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 42 /Agenda based
16	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	IT	ตัวชี้วัดที่ 43 /Agenda based
17	โรงพยาบาลระดับ S M F ใช้ Thairefer 100%	พัฒน	ตัวชี้วัดที่ 44 /Functional based
18	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน HIS Gateway	IT	ตัวชี้วัดที่ 45 /Functional based
19	ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง	ประกัน	ตัวชี้วัดที่ 46 /Functional based
20	ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง	ประกัน	ตัวชี้วัดที่ 47 /Functional based
21	หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก	ประกัน	ตัวชี้วัดที่ 48 /Functional based
22	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ได้รับการประเมิน ผ่านมาตรฐานสุขศึกษา	IT	ตัวชี้วัดที่ 53 /Functional based
23	ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในระดับ พื้นที่	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัดที่ 54 /Functional based
24	ร้อยละของรพ.สต.มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	ส่งเสริม	ตัวชี้วัดที่ 58 /Functional based

5 สนับสนุน 24 ตัว

Agenda based 16 ตัว

Functional based 8 ตัว

Agenda based

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มแม่และเด็ก
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ตัวชี้วัด	1.อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด 42 วันหลังคลอด ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใดจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน
เกณฑ์เป้าหมาย	17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
วัตถุประสงค์	1.พัฒนาระบบบริการของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ (Safe Mother hood and Baby Friendly hospital) 2.เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ และคลอด เพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และคลอด 3.จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด ภายใน 42 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานเกิดมีชีพ (รายงานห้องคลอด) และ รายงานมารดาตาย (รายงาน CE)
แหล่งข้อมูล	จำนวนเกิดมีชีพ จาก รายงานห้องคลอด จำนวนมารดาตาย จาก รายงาน CE
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอดทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง
กระบวนการดำเนินงาน 1.จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก และรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับอำเภอ 2.มีการประชุม Dead Case Conference (กรณีมี case มารดาเสียชีวิต ในระดับอำเภอ) 3.มีการประชุมคณะกรรมการฯทุก 3 เดือน 4.มีการนิเทศการดำเนินงานแม่และเด็กในระดับ รพ.สต. 5.มีการสรุปผลการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก และรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับอำเภอ รายเดือน/ไตรมาส	

เกณฑ์การประเมินปี 2565: ตุลาคม 2564-กันยายน 2565					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 1-3	มีมารดาตาย > Baseline ปี 2564	มีมารดาตาย = Baseline ปี 2564	มีมารดาตาย< Baseline ปี 2564 หรือไม่มี	
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	-				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	124.49 (14 ราย)	อัตราส่วนการตาย มารดาต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน	50.86 (6 ราย)	42.24 (5 ราย)	124.49 (14 ราย)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางฮาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 063-254-2779 E-mail: Havachanapai@mail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางฮาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 063-254-2779 E-mail: Havachanapai@mail.com 2.นางซูไฮลา สาเมาะ เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โทรศัพท์มือถือ 094-593-7206 E-mail: Hpromotionnara@gmail.com				

หมวด	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	• เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน • สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ • สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีความอยู่ในช่วง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง • สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วนในคนเดียว • ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กเพศชาย และเด็กเพศหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
1. ร้อยละเด็กสูงดีสมส่วน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66
2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	-	-	-	
- เด็กชาย (เซนติเมตร)				113
- เด็กหญิง (เซนติเมตร)				112

วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนักความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วยบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxPPCU เป็นต้น เพื่อส่งออกแฟ้มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม

แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)		
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน		
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง		
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1) ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน = $(A1 / B1) \times 100$ 2) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B2)$ ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B3)$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2564:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
60	61	61.5	62
ปี 2565:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
62	63	63.5	64
ปี 2566:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
64	65	65.5	66
วิธีการประเมินผล :	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด		

เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 3. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 4. แนวทางการดำเนินงานตามเกณฑ์ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต 5. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 6. info graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 7. Motion graphic โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย 8 เรื่อง 8. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน 9. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง(Augmented Reality : AR)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2562	2563	2564
	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	55.02	ร้อยละ	53.28	56.63	55.16
	ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ชาย = 106.14 หญิง = 105.86	เซนติเมตร	106.13 105.82	106.37 105.87	105.92 105.89
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสุญานี อนุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์: 0629649809					

หมวด	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)											
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ชื่อตัวชี้วัด	3.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย											
คำนิยาม	- เด็กปฐมวัยหมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน - พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน(1B260) คำนิยามเพิ่มเติม ● การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 ● เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)											
เกณฑ์เป้าหมาย :												
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td></tr><tr><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 85</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66									
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85									
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย 2.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ 3.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ											
ประชากร	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มี											

กลุ่มเป้าหมาย	ชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่		
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4		
ปี 2564			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2565			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
ปี 2566			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 30 วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูลสมบูรณ์ อย่างน้อย 45 วัน		
เอกสารสนับสนุน	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/ 2. คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล https://bit.ly/3CkGHss 3. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/ 4. คู่มือมิสนมแม่ 5. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 6. ค่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ		

	7. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/3irbmMM 8. หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี https://bit.ly/2Vje4eS - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/2VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/3CkJou4				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	96.75	96.15	67.25
	หมายเหตุ : ข้อมูล HDC ปี 2562 คัดกรองในเด็ก 4 ช่วงอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ปี 2564 เปลี่ยนแปลงฐานเป้าหมายเป็นจำนวนเด็กเป้าหมายทั้งหมดแทนเด็กที่ได้รับการคัดกรอง				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล	นางสุญญาณี อนุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์: 0629649809				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)								
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย								
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ/จังหวัด								
ชื่อตัวชี้วัด	4.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan								
คำนิยาม	1.ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง 3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์หมายถึง - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(Barthel Activities of Daily Living:ADL)ทุกรายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td></tr><tr><td>ร้อยละ 92</td><td>ร้อยละ 94</td><td>ร้อยละ 96</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66							
ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 96							
วัตถุประสงค์	เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver/อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL <11 ทุกสิทธิ์การรักษา 2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL <11 ทุกสิทธิ์การรักษา								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง : HDC 2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและกรมอนามัย - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care(3C)								

แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน			
รายการข้อมูล ที่ 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในจังหวัดนราธิวาสที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)			
เกณฑ์การประเมินผล	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	75	-	94
วิธีการประเมินผล	1. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) 2. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 3. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan		ร้อยละ	2562	2563
			20.99	94.21
				2564
				92.20
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนาซีเต๊ะ สาและอารัง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 085-7867955 E- mail :naseetoh18@gmail.com			

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	5.ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มี ADL $\geq$ 12 คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย 1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน /ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ 150 นาที/สัปดาห์ 2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) 3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว 4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ 5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาโด่งเหล้า) 6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง) 7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8 8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก หมายเหตุ: 1. ผ่านการประเมินทั้ง 8 ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 2. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.2561-2573) 3. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์) 4. อ้างอิงดัชนีที่ 8 ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561			
เกณฑ์เป้าหมาย :	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	60	50	50	52
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง 2. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น			

	3. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม								
	4. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มี ADL $\geq$ 12 คะแนน ร้อยละ 10 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย 2. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 3. ระบบคลังข้อมูล Application Blue book								
แหล่งข้อมูล	1. ระบบคลังข้อมูล Application Blue book สมุดสุขภาพผู้สูงอายุ 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุในชุมชน								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลา	พฤศจิกายน 2564 – กรกฎาคม 2565								
เกณฑ์การประเมิน :									
<table border="1"> <tr> <th>รอบ 3 เดือน</th><th>รอบ 6 เดือน</th><th>รอบ 9 เดือน</th><th>รอบ 12 เดือน</th></tr> <tr> <td>ชี้แจงแนวทางการดำเนินการสู่พื้นที่</td><td>ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 30</td><td>ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40</td><td>ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50</td></tr> </table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ชี้แจงแนวทางการดำเนินการสู่พื้นที่	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 30	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ชี้แจงแนวทางการดำเนินการสู่พื้นที่	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 30	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 40	ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ 50						
วิธีการประเมินผล :	คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Blue book								
เอกสารสนับสนุน :	1. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion & Prevention Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี 80 ปี ยังแจ้ว 4. คู่มือการดำเนินงานพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4. เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพด้านสุขภาพ 5. Application Blue book สมุดสุขภาพผู้สูงอายุ								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.						
			2562	2563	2564				
	พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ	ร้อยละ	N/A	57.26 (5 องค์ประกอบ)	36.90 (6 องค์ประกอบ)				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนาซีเต๊ะ สาและอารง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 085-7867955 E-mail :naseetoh18@gmail.com								

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	6.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	1.มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง มีการดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการ ดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชนในการ ดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนาสนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้ 2.1ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิ ประโยชน์ - ประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือ คัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข) 2.2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพได้รับการ ดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) 2.3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเชิงป้องกันการดูแล ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่ - การดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ - มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่ม ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล - การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขมูลฐาน การจัดการขยะ ติดเชื้อ ที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น 2.4 มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ/หมออนามัย/Caregiver/อาสาสมัครบริบาล ท้องถิ่น/อสม. และแกนนำผู้สูงอายุ ในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตาม แผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan) 2.5 มีการประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก - กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มติดสังคม 2.6 มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

	- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM/CG และการจัดทำ Care Plan - ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่/พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายในระยะเวลา 3 ปี																
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 95</td><td>ร้อยละ 98</td><td>ร้อยละ 100</td></tr> </table>				ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละ 95	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100							
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66														
ร้อยละ 95	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100															
วัตถุประสงค์	เพื่อดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล /ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน ดำเนินการทุก อำเภอ ตำบล ทั้งจังหวัด																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care(3C)																
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565 B = จำนวนตำบลใหม่ที่ได้รับการประเมินในปีงบประมาณ 2565 C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564 D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565																
รายการข้อมูลที่ 2	E = จำนวนตำบลทั้งหมด																
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$ หมายเหตุ A = $(B+C+D) / 100$																
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)																
เกณฑ์การประเมิน : <table border="1"> <tr> <td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 30</td><td>ร้อยละ 50</td><td>ร้อยละ 75</td><td>ร้อยละ 98</td></tr> </table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 98					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน														
ร้อยละ 30	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 98														
วิธีการประเมินผล	1. พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 2. จังหวัดประเมินตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr> <tr> <td>ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์</td><td>ร้อยละ</td><td>51.95</td><td>64.94</td><td>75.32</td></tr> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	51.95	64.94	75.32
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2562	2563	2564													
ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	51.95	64.94	75.32													
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนาซีเต๊ะ สาและอารง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 085-7867955 E- mail :naseetoh18@gmail.com																

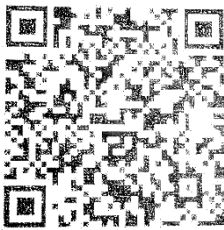
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)		
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย		
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ/จังหวัด		
ชื่อตัวชี้วัด	7.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
คำนิยาม	คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ระดับM2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุการตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม		
เกณฑ์เป้าหมาย			
รายละเอียดตัวชี้วัด		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
1.1 ภาวะสมองเสื่อม		N/A	ร้อยละ 30
1.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม		N/A	ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2.ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สถานบริการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านwebsite สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2.พื้นที่รวบรวมรายงาน เป็นรายเดือน ส่งให้จังหวัดเพื่อรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานเป็นภาพรวมของจังหวัดต่อไป		
แหล่งข้อมูล	1.Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th) 2.ระบบรายงานของจังหวัด E-mail : agingnara64@gmail.com		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม		
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		

รายการข้อมูล4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย1.1	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย1.2	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาการ ประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ร้อยละ 25	≥ร้อยละ 27.5	≥ร้อยละ 30
1.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ร้อยละ 25	≥ร้อยละ 27.5	≥ร้อยละ 30
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินคลินิกผู้สูงอายุผ่าน Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุของแต่ละสถานบริการ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
	-	ร้อยละ	-	-
		เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565		
หน่วยงาน ประมวลผล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนาซีเต๊ะ สาและอารง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 085-7867955 E- mail :naseetoh18@gmail.com			

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ/จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	8.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
คำนิยาม	คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ระดับM2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2) การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	รายละเอียดตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	1.1 ภาวะสมองเสื่อม	N/A	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
	1.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	N/A	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ			
	2.ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สถานบริการประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านwebsite สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์			
	2.พื้นที่รวบรวมรายงาน เป็นรายเดือน ส่งให้จังหวัดเพื่อรวบรวมรายงานผลการดำเนินงานเป็นภาพรวมของจังหวัดต่อไป			
แหล่งข้อมูล	1.Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)			
	2.ระบบรายงานของจังหวัด E-mail : agingnara64@gmail.com			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			
รายการข้อมูล2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม			
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ			

รายการข้อมูล4	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้ม			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย1.1	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$			
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดย่อย1.2	ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times 100$			
ระยะเวลาการ ประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.1 ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ร้อยละ 25	≥ร้อยละ 27.5	≥ร้อยละ 30
1.2 ภาวะพลัดตกหกล้ม	-	≥ร้อยละ 25	≥ร้อยละ 27.5	≥ร้อยละ 30
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินคลินิกผู้สูงอายุผ่าน Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุของแต่ละสถานบริการ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	ร้อยละ	-	-	-
เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565				
หน่วยงาน ประมวลผล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนาซีเต๊ะ สาและอารง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 085-7867955 E- mail :naseetoh18@gmail.com			

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการที่	โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร				
ระดับการแสดงผล	จังหวัดนราธิวาส				
ชื่อตัวชี้วัด	9.คนจังหวัดนราธิวาส จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย (ก้าวทำใจ Season 4)				
คำนิยาม	1. การดำเนินการความรอบรู้สุขภาพ ปี 2565 ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ 3อ. 2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง Digital Health Literacy เป็นการบริหารจัดการความรู้ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยที่บุคคลมีความรอบรู้ บุคคลจะต้องมี 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 2.1 เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health Book Online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดความรู้ไว้ให้แล้ว และประชาชนสามารถค้นหาแหล่งข้อมูล ความรู้ และสถานที่ออกกำลังกาย และสามารถค้นหาข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวิธีการ สถานที่และกิจกรรมทางกายด้วยวิธีการใด ๆ เมื่อจำเป็นได้ 2.2 เข้าใจ ด้วยการ Screening & Assessment จากเครื่องมือการคัดกรองสุขภาพผ่านระบบออนไลน์ เช่น H4U, BSE, BMI, CVD และแบบประเมินความเครียด 2.3 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยกิจกรรมก้าวทำใจ การควบคุมแคลลอรี่ด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดด้วยโปรแกรมเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต 3. 1 คนรอบรู้ = Register + Screening & Assessment + Adjust Behavior 4. คน หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบ Application ก้าวทำใจ โดยเชื่อมกับ Application 10 Packages (โปรแกรมสุขภาพ) ApplicationBSE, H4U, สาวไทยแถมแดง Food4Health 5. บัญชี หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ระดับ 5
	63	64	65	66	
	1,000,000 ครอบครัว	5,000,000 ครอบครัว	10,000,000 คน	10,000,000 คน	มีมารดาตาย < Baseline ปี 2563 หรือไม่มี
วัตถุประสงค์	1. เพื่อสร้างความรอบรู้ Digital Health Literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย หลัก 3อ. ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น 2. เพื่อลดภาระของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรอบรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนความรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ 3. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบของการจัดการสุขภาพที่ชัดเจน และเข้าถึงได้ง่าย ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน				

	4. เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในระยะยาว
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกคน โดยตั้งกลุ่มเป้าหมายปี 2565 จำนวน 10 ล้านคน โดยเน้น 3 Setting ต่อไปนี้ 1. ผู้ปฏิบัติในสถานประกอบการ 2. ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบท ผ่านการสมัครโดยตรง หรือ อสม. 3. นักเรียน/นักศึกษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การดำเนินการ 1. การรับสมัครเข้ามา Register ผ่าน Application ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลโดยอัตโนมัติ 1.1 ชุมชน ดำเนินการผ่าน อสม. รพ.สต. หรือโรงพยาบาล เชิญชวนประชาชนเข้าสมัคร platform รอบรู้ด้านสุขภาพผ่าน Application 1.2 โรงงาน/สถานประกอบการ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลประสานงานกับสำนักงานประกันสังคมจังหวัด หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมดำเนินการ 10 packages โดยมีรูปแบบการดำเนินงานในสถานประกอบการดังนี้ - กรมอนามัยสนับสนุนโปสเตอร์ หรือสามารถดาวน์โหลดในระบบออนไลน์ และใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งเป็นระดับ ดังนี้ - สถานประกอบการเข้าร่วมสมัคร หมายถึง สถานประกอบการเข้าร่วมสมัคร ผ่านมาตรฐานสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 ดำเนินงาน 10 packages อย่างน้อย 3 packages และมีการขยายเครือข่ายดำเนินการบนระบบออนไลน์ 1.3 โรงเรียน ประสานผ่านครู งานอนามัยโรงเรียน เพื่อการลงทะเบียนสมัคร โดยเชิญชวนให้สมัครเข้าถึงความรู้ใน Application ก้าวทำใจ การลงทะเบียนสร้างความรอบรู้สุขภาพดีวิถีใหม่ ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติใน Application ก้าวทำใจ และทางกรมอนามัยจะประมวลผล โดยสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสสามารถดูข้อมูลรายอำเภอและตำบลได้ เพื่อนำข้อมูลเก็บเป็นรายงาน เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงาน Application ก้าวทำใจ (โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทยออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) มีขั้นตอนดังนี้ 1. เข้า http://activefam.anamai.moph.go.th/ หรือ http://www.kaotajai.com/login 2. ลงทะเบียนผ่าน Line ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือสแกน QR Code  @THNVR
แหล่งข้อมูล	คนจังหวัดนราธิวาส จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย (ก้าวทำใจ Season 4)

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนคนที่ลงทะเบียน				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A				
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 3				
เกณฑ์การประเมิน : เกณฑ์การประเมินปี 2565 โดยเริ่มเก็บข้อมูล มกราคม – 11 พฤษภาคม (ไตรมาส 2 และ 3) จังหวัดนราธิวาส มีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 121,539 คน					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	60,769 คน	60,769 คน	-	
วิธีการประเมินผล	ผลการลงทะเบียนการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	1. โพสต์เตอร์ก้าวทำใจ Season 4 จากกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย และ ศูนย์อนามัยที่ 12				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	-	คน	เป้าหมาย 56,179 คน ลงทะเบียน 12,940 ครอบครัว (23.03)	เป้าหมาย 91,155 คน ลงทะเบียน 23,174 คน (25.43)	เป้าหมาย 121,539 คน ลงทะเบียนอยู่ ในระหว่าง เปิดตัว กิจกรรม
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวปรารถนา คำนึ่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 099-303-1253 E-mail: Parttana_1990@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานกลุ่มวัยทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวปรารถนา คำนึ่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 099-303-1253 E-mail: Parttana_1990@hotmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	10.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 13 แห่ง กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการดูแลสุขภาพถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)

เกณฑ์เป้าหมาย : อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพร้อยละ 100					
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (13 อำเภอ)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน				
แหล่งข้อมูล	3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 13 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 4				
กระบวนการดำเนินงาน					
1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน					
2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น และกำหนดกลุ่มเปราะบางในการพัฒนา					
3. มีแผนงาน /โครงการในการขับเคลื่อนงาน โดยบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล)ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง					
4. มีการใช้โปรแกรม CL – UCARE เป็นเครื่องมือ ในการบันทึก กิจกรรมการดำเนินงาน พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
5. อำเภอผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCARE					
เกณฑ์การประเมิน :					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	กระบวนการ 1	กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 1-3	กระบวนการ 1-4	กระบวนการ 1-5
วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น				
	2.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน				
	3.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง				
	4.มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน				
	5.มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต				

เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2562	2563	2564
	13อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 100 (13 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (13 อำเภอ)	ร้อยละ 100 (13 อำเภอ)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ โทรศัพท์ 073-532058 ต่อ 303					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวนาซีเราะห์ มะรือโบอูมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข					

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)
แผนที่	ป้องกันและควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	2.การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	11.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	1.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน 1.1 กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้ (1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า≥ 126 mg/dl (2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีการเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส(RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรอง วิธีที่1 เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่2 ได้เลย 1.2 การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน(ภายใน 90วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการวินิจฉัยภายใน 1-90 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน หมายเหตุ:ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง(typearea1) ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต(typearea3)และPERSONDISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSONNATION="099"(สัญชาติไทย)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43

	แฟ้มในระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุขโดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST=0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B=จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานจากแฟ้ม NCD Screen ประมวลผลจาก
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 15	-	≥ ร้อยละ 30
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 15	≥ ร้อยละ 45	≥ ร้อยละ 60
ปี 2565 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล	A:จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุขโดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 90วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานประมวลผลจากแฟ้ม LABFU ที่รหัสLABTEST=0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B:จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDScreenประมวลผลจาก - BSTEST เป็น 1(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร)โดยที่ BSLEVE L≥ 126 mg/dl - BSTESเป็น 2 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำโดยไม่อดอาหาร), 3(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยโดยไม่อดอาหาร)โดยที่ BSLEVE L≥ 110 mg/dl		

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
-มีแผนการดูแลกลุ่ม สงสัยป่วย โรคเบาหวาน -กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการ ตรวจติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 40	-มีแผนการดูแลกลุ่ม สงสัยป่วย โรคเบาหวาน -กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการ ตรวจติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 50	-มีแผนการดูแลกลุ่ม สงสัยป่วย โรคเบาหวาน -กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการ ตรวจติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 60	-มีแผนการดูแลกลุ่ม สงสัยป่วย โรคเบาหวาน -กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการ ตรวจติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 70	-มีแผนการดูแลกลุ่ม สงสัยป่วย โรคเบาหวาน -กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ได้รับการ ตรวจติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 80	
เอกสารสนับสนุน		แนวทางปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.
					256225632564
		ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน		ร้อยละ	-43.6038.67 (ที่มา HDC วันที่ 15 พ.ย. 64)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด		นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com			
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน		นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com			

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)
แผนที่	ป้องกันและควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	2.การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	12.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	1.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1.1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP)ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย(DBP)ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 1.2.การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring(HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วันโดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง หมายเหตุ : การดำเนินงานการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย≥ร้อยละ 80 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามยืนยันโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring(HBPM))≥ ร้อยละ 60 จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPMสามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล(Office BP)ให้ถือผลของ HBPM กับการวัดผลแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPMเป็นสำคัญ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับความดันโลหิตสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ หมายเหตุ:ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง(typearea1) ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea3) และ PERSONDISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSONNATION="099"(สัญชาติไทย)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 2.กรณีวัดความดันที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud			
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100			
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน(ต.ค. 64 – ก.ย. 65)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-		≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข หมายเหตุ A:จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากแฟ้ม NCDSCREEN ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำการ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วันโดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานพยาบาลเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โดยประมวลจากแฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP B:จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง140-179 mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน (กรณีวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน) 1.ได้รับการวัดความดันโลหิตและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 กันยายน 2564 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วันตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2564 จะต้องไม่เกินวันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2565 ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน(กรณีวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิม) 2.ได้รับการวัดความดันโลหิตและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 จะต้องได้รับการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาลเดิมภายใน 90 วันตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 จะต้องไม่เกินวันที่ 29 มกราคม 2565 จึงจะนับเป็นเป้าหมายและผลการดำเนินงานของไตรมาสที่ 2 ปีงบประมาณ 2565			

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
-มีแผนการดูแล กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง -กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ ติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 40	-มีแผนการดูแล กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง -กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ ติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 50	-มีแผนการดูแล กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง -กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจ ติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 60	-มีแผนการดูแล กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิต สูง -กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิต สูง ได้รับการตรวจ ติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 70	-มีแผนการดูแล กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิต สูง -กลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิต สูง ได้รับการตรวจ ติดตามยืนยัน (ภายใน 90 วัน) วินิจฉัย ร้อยละ 80	
เอกสารสนับสนุน	1.รูปแบบการบริการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ 2.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัย ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	69.68	81.53 (ที่มา HDC วันที่ 15 พ.ย. 64)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.co				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com				

หมวด	1.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)			
แผนที่	3.การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	2.โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	อำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	13.ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน			
คำนิยาม	1. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก 2. เหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อำเภอสามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน หมายถึง เหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรก ของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป 28 วันแล้วหลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วย ยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน	-	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ 13 อำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จำนวนเกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ ภายใน 21-28 วัน (2 Generation)			
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูลทะเบียน SAT จังหวัดนราธิวาส และข้อมูลจาก CCRT จังหวัดนราธิวาส			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน			

รายการข้อมูล 2	B=จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21 - 28 วัน สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X 100							
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4							
เกณฑ์การประเมิน :	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน			✓	✓	✓	✓
	จังหวัด : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน							
	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	
วิธีการประเมินผล :	จังหวัด :							
	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน				หน่วยงานรับผิดชอบ	
	1	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ตรวจสอบจำนวนอำเภอที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนจังหวัดที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้สงบได้ภายใน 21-28 วัน จากฐานข้อมูลทะเบียน SAT จังหวัดนราธิวาส				กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อจังหวัดนราธิวาส	
หมายเหตุ : อำเภอที่ไม่พบเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019								

	ให้ถือว่าสามารถดำเนินการตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคได้ดี ทำให้ไม่เกิดเหตุการณ์การระบาดภายในจังหวัด การประเมินให้ได้คะแนนระดับ 5 คะแนน				
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	ร้อยละของเหตุการณ์ (Event) ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ	ตัวชี้วัดใหม่ 2564		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 1. นางสาวนิตยา นิลรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532056-59 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08-9293-3639 โทรสาร : 073-532060 E-mail : nid11438@gmail.com 2. นางรุสมานีรา ขวัญเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532056-59 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08-9655-3899 โทรสาร : 073-532060 E-mail : rusmanira@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 1. นางสาวนิตยา นิลรัตน์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532056-59 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08-9293-3639 โทรสาร : 073-532060 E-mail : nid11438@gmail.com 2. นางรุสมานีรา ขวัญเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532056-59 ต่อ 113 โทรศัพท์มือถือ : 08-9655-3899 โทรสาร : 073-532060 E-mail : rusmanira@gmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																							
แผนที่	4. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																							
โครงการที่	7. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม																							
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล																							
ชื่อตัวชี้วัด	14.ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital																							
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ <table border="1"> <tr> <td colspan="2">ระดับพื้นฐานหมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่1 และขั้นตอนที่2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10</td></tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา</td></tr> <tr> <td colspan="2">1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td></tr> <tr> <td colspan="2">ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N</td></tr> <tr> <td>G: GARBAGE</td><td>2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td></tr> <tr> <td></td><td>3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ</td></tr> <tr> <td>R: RESTROOM</td><td>4.มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก</td></tr> <tr> <td>E: ENERGY</td><td>5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</td></tr> <tr> <td rowspan="2">E:ENVIRONMENT</td><td>6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ</td></tr> <tr> <td>7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ</td></tr> <tr> <td rowspan="3">N: NUTRITION</td><td>8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561</td></tr> <tr> <td>9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561</td></tr> <tr> <td>10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน</td></tr> </table>	ระดับพื้นฐานหมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่1 และขั้นตอนที่2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10		ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N		G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545		3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	R: RESTROOM	4.มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	E:ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561	10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
ระดับพื้นฐานหมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการขั้นตอนที่1 และขั้นตอนที่2 เกณฑ์ข้อที่ 1-10																								
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา																								
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital โดยการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร																								
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม G-R-E-E-N																								
G: GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545																							
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอื่นๆไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ																							
R: RESTROOM	4.มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก																							
E: ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร																							
E:ENVIRONMENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ																							
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ																							
N: NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561																							
	9. ร้อยละ 100 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ.2561																							
	10. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน																							

	ระดับดี หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 11-12	
		11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
		12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (IPD)
	ระดับดีมาก หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดี และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 13-14	
		13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
		14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	ระดับดีมาก Plus หมายถึง โรงพยาบาลดำเนินการผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก และดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ 15-16	
		15. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่
		16. โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป หรือ โรงพยาบาลดำเนินงานผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย สำหรับสถานพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเอกชน ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป

เกณฑ์เป้าหมาย

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66**
รพศ./ รพท./รพช. และ รพ. สังกัด กรม วิชาการ	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก ขึ้นไปร้อยละ 75 -โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้น ไปร้อยละ 90 - โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 40	- โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 98 - โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 60	- โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ ๔GREEN & CLEAN Hospital Challengesระดับ มาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 40 - โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ร้อยละ 5

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN HospitalPlus
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลการประเมินในพื้นที่ วิเคราะห์แล้วส่งรายงานให้ศูนย์อนามัย (พร้อมแนบไฟล์แบบรายงานที่กรมอนามัยกำหนด) และรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง 3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และรวบรวมข้อมูลจากจังหวัดในพื้นที่ วิเคราะห์ภาพรวมของเขตและรายงานผลผ่านระบบ DOH Dashboardกรมอนามัย (http://dashboard.anamai.moph.go.th)และCluster อนามัยสิ่งแวดล้อม (http://envhealthcluster.anamai.moph.go.th/main.php?filename=reportform64) เดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน หมายเหตุ:ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยไม่สามารถลงพื้นที่เพื่อประเมินได้ ให้รายงานผลโดยใช้ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยประสานให้คำแนะนำด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่โรงพยาบาล
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก A2 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A1+A2)/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป $(A2/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากPlus
ระยะเวลาประเมินผล	-รายงานผลการดำเนินงานเดือนละ 1 ครั้ง -รายไตรมาส รอบ 6 เดือนและรอบ 12 เดือน

กระบวนการดำเนินงาน

- 1.โรงพยาบาลกำหนดแผนการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานGREEN & CLEAN Hospital จังหวัดนราธิวาส ปี2565
2. โรงพยาบาลจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานGREEN & CLEAN Hospital จังหวัดนราธิวาส
- 3.โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองตามมาตรฐานGREEN & CLEAN Hospital
4. โรงพยาบาลส่งรายงานการดำเนินงานGREEN & CLEAN Hospital ปี 2565 ทันตามเวลาที่กำหนด
5. โรงพยาบาลส่งผลงานนวัตกรรม GREEN & CLEAN Hospital ปี 2565

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565**ตุลาคม2564 - มีนาคม 2565**

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
กระบวนการ 1	กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 1-3	กระบวนการ 1-4	กระบวนการ 1-5

เมษายน – กันยายน2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับพื้นฐาน	ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospitalระดับดี	ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospitalระดับ ดีมาก	- ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก - ได้รับรางวัลนวัตกรรม GREEN & CLEAN Hospital ปี 2565 ระดับจังหวัด (รางวัลที่ 1-3)	ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospitalระดับดีมาก PLUS

วิธีการประเมินผล:	1.โรงพยาบาลส่งแผนพัฒนาโรงพยาบาลตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 2. โรงพยาบาลส่งแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 3. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 4. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
--------------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือแนวทางการดำเนินงานGREEN&CLEAN Hospital 2. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 3. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 4. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย (Food Safety Hospital) 5. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 6. กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 7. กฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 8. ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเรื่องกำหนดมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งจากอาคารบางประเภทและบางขนาด 9. มาตรฐานสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน (HealthyWorkplace)
-------------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ร้อยละ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ.)			
			2561	2562	2563	2564
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	15.38	7.69	7.69	-
	ระดับดี	ร้อยละ	76.92	38.46	15.38	7.69
	ระดับดีมาก	ร้อยละ	7.69	38.46	38.46	38.46
	ระดับดีมาก Plus	ร้อยละ	ยังไม่มีเกณฑ์ PLUS	15.38	38.46	53.85
ข้อมูล ณ 2 สิงหาคม 2564						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: 1. นางโซเฟีย เพ็ชรฆาต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 086-4802143 โทรสาร : 073-532058 E-mail : sofia.publichealth@gmail.com ผู้ประสานงานตัวชี้วัด: 1. นางโรสมีนี ยูหนู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 087-4776404 โทรสาร : 073-532058 E-mail : rose_mph@hotmail.com 2. นางโซเฟีย เพ็ชรฆาต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 086-4802143 โทรสาร : 073-532058 E-mail : sofia.publichealth@gmail.com3. 3. นางสาวนุรไลลา เปาะแยะ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน:073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 093-5747523 โทรสาร : 073-532058 E-mail : alice_np23@hotmail.com 4. นายชานน กาญจนโรจน์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 097-1978387 โทรสาร : 073-532058 E-mail : galf_532@hotmail.com 5. นางสาวพริดาวิส มะกะ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 088-7761796 โทรสาร : 073-532058 E-mail : firadao.9007@gmail.com 6. นายอภิสิทธิ์ เล้าะ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์มือถือ : 094-3201993 โทรสาร : 073-532058 E-mail : sik190640@gmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางโซเฟีย เพ็ชรฆาต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058 ต่อ 110 โทรศัพท์มือถือ : 086-4802143 โทรสาร : 073-532058 E-mail : sofia.publichealth@gmail.com กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	15.จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2.หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต (4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสานประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ

	(6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง และบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน										
เกณฑ์เป้าหมายมีการจัดตั้งจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๕๐											
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน										
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามเป้าหมายแผน 10 ปี (2562-2572)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4										
เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 :											
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5						
	ร้อยละ 30-39	ร้อยละ 40-49	ร้อยละ 50-59	ร้อยละ 60-69	ร้อยละ 70ขึ้นไป						
วิธีการประเมินผล :	จากระบบลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่										
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ	หน่วยวัด หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. <table border="1"> <tr> <td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr> <tr> <td>N/A</td><td>40.27</td><td>56.94</td></tr> </table>			2562	2563	2564	N/A	40.27	56.94
2562	2563	2564									
N/A	40.27	56.94									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ โทรศัพท์ 073-532058 ต่อ 303										
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส										
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวนาซีเราะห์ มะรือโบอูมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข										

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการวัดผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	16.จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
คำนิยาม	ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ 1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor 2.หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้ (1) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่ (2) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการณ์ฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน (3) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต

(4) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสานประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก (5) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ (6) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้ (7) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน																
เกณฑ์เป้าหมายประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิร้อยละ 50																
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว / คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และอสม.หมอบประจำบ้านเพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน															
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ B = จำนวนประชากรทั้งหมด															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \times 100 / B$															
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4															
เกณฑ์การประเมินปี 2565 :																
<table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>ร้อยละ 30-39</td><td>ร้อยละ 40-49</td><td>ร้อยละ 50-59</td><td>ร้อยละ 60-69</td><td>ร้อยละ 70ขึ้นไป</td></tr></table>		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	ร้อยละ 30-39	ร้อยละ 40-49	ร้อยละ 50-59	ร้อยละ 60-69	ร้อยละ 70ขึ้นไป					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5												
ร้อยละ 30-39	ร้อยละ 40-49	ร้อยละ 50-59	ร้อยละ 60-69	ร้อยละ 70ขึ้นไป												
วิธีการประเมินผล :	จากระบบลงทะเบียน และสุ่มลงประเมินในพื้นที่															
เอกสารสนับสนุน :	ระบบลงทะเบียน															
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td>Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td></td><td></td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</td><td>ล้านคน</td><td>N/A</td><td>39.95</td><td>55.27</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2562	2563	2564	ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ล้านคน	N/A	39.95	55.27
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
			2562	2563	2564											
ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ล้านคน	N/A	39.95	55.27												

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ โทรศัพท์ 073-532058 ต่อ 303
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวนาซีเราะห์ มะรือโบอูมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	5. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ			
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.			
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	17.ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ร้อยละ 75)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง กลุ่มเป้าหมาย 607 ซึ่งประกอบด้วย ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน มะเร็ง โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 และผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่กักตัวรักษาตัวที่บ้าน อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง แกนนำ อสม.ที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้าน/ชุมชน ให้เข้ารับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (ไม่ซ้ำผู้ผ่านการอบรม อสม.หมอประจำบ้าน ปี 2563-2564) การได้รับการดูแล หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจากอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) โดยมี อสม.หมอประจำบ้านเป็นพี่เลี้ยง คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	-
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี			
	2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน			
	2. ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค ได้แก่ ผู้ป่วยโรคทางหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน มะเร็ง โรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคโควิด 19 และผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่กักตัวรักษาตัวที่บ้าน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net			
แหล่งข้อมูล	1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
	2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี			

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน						
ปี 2565 :						
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5		
ร้อยละ 71-75	ร้อยละ 76-80	ร้อยละ 81-85	ร้อยละ 86-90	ร้อยละ 91ขึ้นไป		
วิธีการประเมินผล :		เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการดำเนินงาน 2. หลักสูตร อสม. เป็นหมอประจำบ้าน 3. ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net 4. Application “SMART อสม.”				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2562	2563	2564
		จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนา ศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ	-	100	100
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นางสุชมา นิลรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทร. 089 463 9812 2.นางสาวนาตา การีอุมา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 061 191 3232				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1.นางสุชมา นิลรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทร. 089 463 9812 2.นางสาวนาตา การีอุมา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 061 191 3232				

หมวด	2.ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(service plan)			
โครงการที่	10.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
ระดับการแสดงผล	อำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	18.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และได้รับการรักษาใน (Stroke : I60-I69)			
ตัวชี้วัด Proxy	จำนวนประชาชนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง			
คำนิยาม	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke:I60-I69)ประกอบด้วย 1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน(ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพัก) ในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไปที่มี Principle diagnosis(PDX) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง(stroke:I60-I69) 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	
	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke:I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย			
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน(stroke:I60-I69)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (กุมภาพันธ์ และ สิงหาคม 2564)			

เกณฑ์การประเมิน :ปี 2564

ระยะเวลา	ระดับที่ 1	ระดับที่ 2	ระดับที่ 3	ระดับที่ 4	ระดับที่ 5
6 เดือนแรกและ 6 เดือนหลัง	มีโครงการ แผนงานการ ดำเนินงาน	-มีคำสั่ง คณะกรรมการ/ คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) -ปฏิบัติตาม โครงการและ แผนงานการ ดำเนินงาน -มีการใช้แนว ทางการดูแลผู้ป่วย ก่อนการส่งต่อ แนวทางเดียวกัน	-ทบทวนและ วางแผนปรับปรุง แก้ไขปัญหา -มีการใช้ยา Nicardipine ivใน การลดความดัน โลหิตสูงในผู้ป่วย stroke -นำ care map for ischemic strokeมาใช้ใน โรงพยาบาล	-ใช้แนวทางดูแล ผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ เน้นแนวทาง เดียวกัน และลด เวลาส่งต่อ (โดยลด กระบวนการที่ ER ให้ไม่เกิน 30 นาที รวมเวลาในการ เดินทางแล้วไม่ควร เกิน 90 นาที) -จัดตั้ง stroke unit ในโรงพยาบาลทั่วไป และมี stroke corner ใน โรงพยาบาลชุมชน -ร้อยละของผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองตีบ/อุดตัน เฉียบพลันที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วย ยา rt-PA ภายใน 60 นาที $\geq$ ร้อยละ 60 -ร้อยละของผู้ป่วย โรคหลอดเลือด สมองที่มีอาการไม่ เกิน 72 ชม. รับการ รักษาใน stroke unit $\geq$ ร้อยละ 60 -นวัตกรรมการ ป้องกันและลดการ ตายจาก stroke	-นวัตกรรมที่ สามารถเป็น แบบอย่างและ เผยแพร่ให้กับ รพ.อื่นๆได้ - อัตราตายของ ผู้ป่วย stroke <ร้อยละ 7 - อัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองแตก <ร้อยละ 25 - อัตราตายของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองตีบ/ อุดตัน <ร้อยละ 5

วิธีการประเมินผล ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data			
	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง(Stroke : I60-I69)	ร้อยละ 7.06	ร้อยละ 7.59	ร้อยละ 7.69
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสมบุรณ์ บุญยะรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 0620732776 น.ส.นุรไอนี อุมุติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0892947089 นางกมลทิพย์ ณ สมาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0632392624			
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	น.ส.นุรไอนี อุมุติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0892947089 นางกมลทิพย์ ณ สมาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0632392624			

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด HL 08	19.อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
HL 07	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	1 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค หมายถึง การสนับสนุนพื้นที่อำเภอ โรงพยาบาล แก้ไขปัญหาวัณโรคให้สอดคล้อง วินิจฉัย การรักษา และการป้องกันควบคุมวัณโรคตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 1.2 ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.2.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2 ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน โดยไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค 3 กลุ่มเป้าหมาย 3.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 3.2 การประเมินร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

	4.ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค หมายถึงโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด						
เกณฑ์เป้าหมาย :							
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64		
	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	85	85	85	85		
	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	82.5	82.5	82.5	75		
วัตถุประสงค์							
		1.เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ			2..เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ไม่ใช่คนไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข <u>ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</u>					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด					
แหล่งข้อมูล		โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลรายผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(NTIP online) หรือ ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือ ระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด					
1.สูตรคำนวณตัวชี้วัด (HL08)		อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) คำนวณจาก สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) ร่วมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา วันที่ 30 กันยายน 2565 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564)					

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564)
2.สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด (HL 07)	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565)คำนวณจาก สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565) B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนคาดการณ์การผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2565 (1 ตุลาคม 2564–30 กันยายน 2565) คิดจากอัตรา 150 ต่อประชากรแสนคน หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC
ระยะเวลา ประเมินผล	- ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ 4 - ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2565 - ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
เงื่อนไขการคำนวณ	1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค <u>ไม่นับรวม</u> - ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) - ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565(ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2564) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

เกณฑ์การประเมิน :ปี 2565

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	-	-	-	ร้อยละ 88
ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	-	-	-	ร้อยละ 88

หมายเหตุ : ครบรอบรายงานและประเมินผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2565 เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานเป็นผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ภายในวันที่ 30 กันยายน 2565

วิธีการประเมินผล :	แนวทางการประเมินผล					
	ประเมินจากอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2564) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในอำเภอ					
	เกณฑ์การให้คะแนน					
	ตัวชี้วัด ร้อยละความครอบคลุมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ถูกรายงานและได้รับการรักษา					
	รอบ 1 (6 เดือนแรก) ประเมินตามกระบวนการ					
	1.มีทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีข้อมูลครบถ้วน					
	2.จัดทำแผนงานเพื่อลดการเสียชีวิต การขาดยา และการคัดกรองค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยให้ครอบคลุม					
	3.สรุปวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคเป็นรายไตรมาส					
	4.มีข้อมูลการรักษา (DOT) และมีระบบการติดตามผู้ป่วย					
	5.มีการทำ Dead Case Conference กรณีมีผู้ป่วยเสียชีวิต หาก รพ.ไหนไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตให้ผ่านเกณฑ์					
	หมายเหตุ : การให้คะแนน ข้อละ 1 คะแนน					
	เกณฑ์การให้คะแนน (6 เดือนหลัง)					
	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกรายงานและได้รับการรักษา					
	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	อัตราการความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	<60	60-69	70-79	80-89	≥ 90
	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ***	< 26	26-45	46-65	66-85	> 85
เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ และระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่**	ร้อยละ	81.88	81.2	89.2
	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ***	ร้อยละ	83.24	82.71	49.1
	หมายเหตุ ** อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของแต่ละปีงบประมาณ ***ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 - 30 กันยายน ของแต่ละปีงบประมาณ)				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด/ผู้จัดทำรายงาน	น.ส.ปัทมา ลามะทา เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 073532059 ต่อ 110 E-mail : Rose_adil12@hotmail.com โทรศัพท์มือถือ : 0908930103				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางสาวนิตยา นิลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 073532059 ต่อ 110 E-mail : nid11438@gmail.com โทรศัพท์มือถือ : 0892933639				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15.โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ข้อตัวชี้วัด	20.ร้อยละของการขับเคลื่อน RDU ระดับอำเภอ สู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์ที่กำหนด 1. ร้อยละของตัวชี้วัดRDU hospitalที่ผ่านเกณฑ์ $\geq 10/12$ตัวชี้วัด (Hospital) 2. ร้อยละของรพ/สต. ผ่านเกณฑ์URI/AD$\geq$ร้อยละ 80 (อำเภอ) 3. RDU Community ร้านชำ$\geq$ ร้อยละ 100ภายในอำเภอ (จากการสุ่มไม่น้อยกว่า 7 ร้าน) ไม่จำหน่ายยาชุด หรือ ยาอันตราย(Hospital/อำเภอ)
คำนิยาม	1. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทศณคติและพฤติกรรม เพื่อให้ประชาชนหรือสัตว์ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้ง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้อย่างเหมาะสมดูแลสุขภาพตนเอง ตามความ จำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง 2. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยา สำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์ 3. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณา และกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับใช้ในการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือ ป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย 4. จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)หมายถึง หมายถึง จังหวัด หรือพื้นที่ทางการปกครองใด ๆ ตามกฎหมาย ที่มีอำเภอหรือเขตที่เป็นไปตามเกณฑ์ “อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (RDU district) อย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอ/เขตทั้งหมด 5. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district)หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการ กำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับ อำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน โดยการพัฒนา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้ม การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU hospital) (2) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้าน ยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors) และ (3) การ พัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมการ ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อ สุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่าง มีประสิทธิผล คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล			
ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
ร้อยละ 40 ผ่านเกณฑ์ (5 ใน 13 อำเภอ)	ร้อยละ 50 ผ่านเกณฑ์ (7 ใน 13 อำเภอ)	ร้อยละ 70 ผ่านเกณฑ์ (10 ใน 13 อำเภอ)	ร้อยละ 80 ผ่านเกณฑ์ (11 ใน 13 อำเภอ)
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับจังหวัดและอำเภอ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด		
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ/เขตในกรุงเทพฯ ได้แก่ โรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร		
รายการข้อมูล 1	สำหรับรพ.ในจังหวัดนราธิวาส A1 = จำนวน RDU hospital ที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดดังกล่าว(Hospital) หมายเหตุ ประกอบด้วย - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI) - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD) - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (FTW) - ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ระดับโรงพยาบาล (APL) - ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง - ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ - ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน - ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs - ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid - ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium clorazepate - จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา Warfarin หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ว่ตั้งครรภ์แล้ว - ร้อยละครั้งบริการ (visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ และได้รับยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD A2 = จำนวนของรพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD $\geq$ ร้อยละ 80 ร้อยละของร้านชำ ที่ผ่านRDU Community ร้านชำ		

	A3 = จำนวนร้านชำ (จากการสุ่มไม่น้อยกว่า 7 ร้าน)ที่ไม่พบการจำหน่ายยาชุด หรือ ยาอันตราย (Hospital/อำเภอ)			
รายการข้อมูล 2	สำหรับรพ.ในจังหวัดนราธิวาส B1 = จำนวน RDU hospital 12 ตัวชี้วัด (Hospital)ข้างต้น ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD B2 = จำนวนของรพ/สต. ภายในอำเภอ RDU Community ร้านชำ B3 = จำนวนร้านชำภายในอำเภอ (จากการสุ่มไม่น้อยกว่า 7 ร้าน)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.ร้อยละของตัวชี้วัด RDU hospital ที่ผ่านเกณฑ์ = (A1/B1) x 100 2.ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD = (A2/B2) x 100 3.RDU Community ร้านชำ = (A3/B3) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส4			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 :				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ5
- RDU hospital ผ่าน ≥6 ข้อ(≥ร้อยละ 50) -ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD ≥ ร้อยละ 70	- RDU hospital ผ่าน ≥ 6 ข้อ (≥ร้อยละ 50) (0.3 คะแนน) -ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD ≥ ร้อยละ 70 (0.4 คะแนน) - ร้อยละของร้านชำ ที่ผ่าน RDUไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุดเท่ากับร้อยละ50 (0.3 คะแนน)	- RDU hospital ผ่าน ≥10 ข้อ (≥ร้อยละ 80) (0.3 คะแนน) -ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD ≥ ร้อยละ 80 (0.4 คะแนน) - ร้อยละของร้านชำ ที่ผ่าน RDUไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุดเท่ากับร้อยละ70 (0.3 คะแนน)	- RDU hospital ผ่าน ≥10 ข้อ (≥ร้อยละ 80) (0.3 คะแนน) -ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD ≥ ร้อยละ 80 (0.4 คะแนน) - ร้อยละของร้านชำ ที่ผ่าน RDUไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุดเท่ากับร้อยละ90 (0.3 คะแนน)	- RDU hospital ผ่าน ≥10 ข้อ (≥ร้อยละ 80) (0.3 คะแนน) -ร้อยละของ รพ/สต. ผ่านเกณฑ์ URI/AD ≥ ร้อยละ 80 (0.4 คะแนน) - ร้อยละของร้านชำ ที่ผ่าน RDUไม่พบการจำหน่ายยาอันตราย ยาชุดเท่ากับร้อยละ 100 (0.3 คะแนน) จึงสามารถเป็นต้นแบบให้แก่อำเภออื่นๆในการศึกษาเรียนรู้ดูงาน
วิธีการประเมินผล :		1. สสจ.รายงานผล ผ่านการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และการนิเทศงาน 2. ส่วนกลางประมวลข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อจัดทำสรุปข้อมูลในภาพประเทศ		

เอกสารสนับสนุน :	1.แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลกองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf) 2. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/67) 3.แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชนกระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8302) 4.แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ(https://mrd-hss.moph.go.th/mrd1_hss/?cat=18) 5. แนวทางการดำเนินการของร้านยาตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องกำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันและผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันพ.ศ.2556 (https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/GPP-02-2561.aspx) 6. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/69 7. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง https://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/123456789/21521?locale-attribute=th																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr><tr><td>-</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table> หมายเหตุ : เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนตัวชี้วัดในปีงบประมาณ 2565					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	-	ร้อยละ	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2562	2563	2564														
-	ร้อยละ	-	-	-														
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ภก.จิราวุธ วัฒนศิริภิบาล																	

หมวด	1.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	1.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service plan)
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาธารณกรเกิด
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ตัวชี้วัด	21.อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดในจังหวัดนราธิวาส
เกณฑ์เป้าหมาย	NMR < 3.60 : 1000 ทารกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	1. ลดการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่คลอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม ให้ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย 2. พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดตามสาเหตุเสียชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานเกิดมีชีพ (รายงานห้องคลอด) และ รายงานการตายของจังหวัดนราธิวาส (รายงาน ฟอรัม ก.)
แหล่งข้อมูล	จำนวนเกิดมีชีพ จาก รายงานห้องคลอด จำนวนทารกตาย จาก รายงาน ฟอรัม ก
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนทารกทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละ 1 ครั้ง

กระบวนการดำเนินงาน

1.จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก และรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับอำเภอ

2.มีการประชุม Dead Case Conference (กรณีมี case ทารกเสียชีวิต ในระดับจังหวัด)

3.มีการประชุมคณะกรรมการทุก 3 เดือน

4.มีการนิเทศการดำเนินงานแม่และเด็กในระดับโรงพยาบาล.

5.มีการสรุปผลการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาแม่และเด็ก และรับรองเครือข่ายบริการสุขภาพ ในระดับอำเภอ รายเดือน/ไตรมาส

เกณฑ์การประเมินปี 2565:

ตุลาคม2564-กันยายน 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 1-3	มีทารกตาย > Baseline ปี 2564	มีทารกตาย = Baseline ปี 2564	มีทารกตาย< Baseline ปี 2564 หรือไม่มี

วิธีการประเมินผล

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน	-				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	5.25	อัตราการตายทารกแรก เกิดต่อ 1,000 การ เกิดมีชีพ	5.40	4.66	5.25
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 063-254-2779 E-mail: Havachanapai@mail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 063-254-2779 E-mail: Havachanapai@mail.com 2.นางชูไฮลา สาเมาะ เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โทรศัพท์มือถือ 094-593-7206 E-mail: Hpromotionnara@gmail.com				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	22.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มาใช้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง 3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ผิงเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง 4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 20.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/LABOR/COMMUNITY_SERVICE)																
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข																
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงกลุ่มกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน)																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(B/A) x 100																
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																
เกณฑ์การประเมิน :																	
ปี 2565																	
<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>13</td><td>15</td><td>17</td><td>19</td><td>>20</td></tr></table>						ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละ	13	15	17	19	>20
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5												
ร้อยละ	13	15	17	19	>20												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9เดือน</td><td>รอบ 12เดือน</td></tr><tr><td>1. ขับเคลื่อนการประชุม Service Plan สาขา แพทย์แผนไทยครั้งที่ 1 งานบริการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการใช้ยาตำรับ 2. มีแผนงานโครงการระดับอำเภอในการพัฒนางานฯ โดยให้สอดคล้องกับแผนของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</td><td>1.ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2รายการ 2. สถานบริการสาธารณสุขระดับ มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแผนแพทย์แผนจีน</td><td>1. มีการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน Intermediate care (IMC)</td><td>1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)</td></tr></table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	1. ขับเคลื่อนการประชุม Service Plan สาขา แพทย์แผนไทยครั้งที่ 1 งานบริการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการใช้ยาตำรับ 2. มีแผนงานโครงการระดับอำเภอในการพัฒนางานฯ โดยให้สอดคล้องกับแผนของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	1.ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2รายการ 2. สถานบริการสาธารณสุขระดับ มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแผนแพทย์แผนจีน	1. มีการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน Intermediate care (IMC)	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน														
1. ขับเคลื่อนการประชุม Service Plan สาขา แพทย์แผนไทยครั้งที่ 1 งานบริการแพทย์แผนไทยสมุนไพร และการใช้ยาตำรับ 2. มีแผนงานโครงการระดับอำเภอในการพัฒนางานฯ โดยให้สอดคล้องกับแผนของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส	1.ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2รายการ 2. สถานบริการสาธารณสุขระดับ มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแผนแพทย์แผนจีน	1. มีการร่วมให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสาน ใน Intermediate care (IMC)	1. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5 2. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)														
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																

เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือการพัฒนาระบบการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2.คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ประมาณการผลการดำเนินการจำแนกรายจังหวัด สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้ <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr> <tr> <td>รพท./รพช./รพ.สต.</td><td>ร้อยละ</td><td>18.28</td><td>18.13</td><td>17.21</td></tr> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	รพท./รพช./รพ.สต.	ร้อยละ	18.28	18.13	17.21
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2562	2563	2564													
รพท./รพช./รพ.สต.	ร้อยละ	18.28	18.13	17.21													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางพีรพรรณ ชีวียะ หัวหน้ากลุ่มการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร. 089 876 8529																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจริยา เหลี่ยมปุ๋ย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 084 965 3883																

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช		
ระดับการแสดงผล	อำเภอ		
ชื่อตัวชี้วัด	23.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต		
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรกระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย		
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥ ร้อยละ 71		
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีประมาณ 2564 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ		
รายการข้อมูล 2	B = B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 41	≥ ร้อยละ 51	≥ ร้อยละ 61	≥ ร้อยละ 71

วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
-มีแผนการประเมินซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง	- มีแผนการประเมินซึมเศร้าเชิงรุกในผู้รับบริการทุกกลุ่มวัย	- มีการดำเนินการและบันทึกข้อมูลการประเมินซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยในระบบร้อยละ 50	- มีการดำเนินการและบันทึกข้อมูลการประเมินซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยในระบบร้อยละ 70	- มีการดำเนินการและบันทึกข้อมูลการประเมินซึมเศร้าในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยในระบบร้อยละ 90	
เอกสารสนับสนุน	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2562	2563
	ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		ร้อยละ	74.65	99.73
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	24.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในพื้นที่
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงเพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10)หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 -กันยายน 2565ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2564 -กันยายน 2565) ระยะเวลา 1 ปีหมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนราธิวาสและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2563 - กันยายน 2565เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร
วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพสถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัด เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วย

	บริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปีโดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2564 -กันยายน 2565)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2564			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย : (A/B) x 100,000			
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1ไตรมาส 2ไตรมาส 3 ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
≤ 2/แสนประชากร		≤ 4/แสนประชากร		≤ 6/แสนประชากร
				รอบ 12 เดือน
				≤ 8/แสนประชากร
วิธีการประเมินผล	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-มีแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย - มีแผนในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย - มีแผนในการเยี่ยมติดตามอาการผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายภายใน 30 วัน	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ≤5 ต่อแสนประชากร - ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี≥60 - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥ 30	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ≤6 ต่อแสนประชากร - ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี≥70 - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥ 40	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ≤7 ต่อแสนประชากร - ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี≥80 - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥ 50	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ≤8 ต่อแสนประชากร - ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา1 ปี≥90 - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥ 60
เอกสารสนับสนุน	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยกลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อ ประชากรแสนคน	1.03	1.52	1.60
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก (สาขาอายุรกรรม)
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	25. อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock 1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่งใน 4.2 - 4.4 1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 2. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis 3. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2562 จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community - acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้ มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกัน ทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป 4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 4.1 ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) หรือ มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และมีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม 4.2 qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) 4.3 SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) 4.4 Modified Early Warning Score (MEWS) (ตารางที่ 5) 5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่น ๆ ของแต่ละโรงพยาบาล

	ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่าง ๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td></tr><tr><td><ร้อยละ 26</td><td><ร้อยละ 24</td><td><ร้อยละ 22</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	<ร้อยละ 26	<ร้อยละ 24	<ร้อยละ 22
ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67							
<ร้อยละ 26	<ร้อยละ 24	<ร้อยละ 22							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด หรือ ภาพรวมของเขตสุขภาพ								
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือ ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)								
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น								
รายการข้อมูล 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น								

รายการข้อมูล 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A+C) / D × 100					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					
เกณฑ์การประเมิน :เกณฑ์การประเมิน						
1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ						
2. มีการพัฒนาเครือข่าย ของโรงพยาบาล และประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ						
3. มีผลการติดตามกำกับกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลัก ดังนี้						
ปี 2565 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26			
วิธีการประเมินผล	1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด และภาพรวมของเขตสุขภาพ					
	2. เกณฑ์การให้คะแนน:					
	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัด และเขตสุขภาพ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ดังนี้					
	คะแนน	1	2	3	4	5
		สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 20
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย					

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
	Baseline data	หน่วยวัด			
	-	ร้อยละ	2562	2563	2564
			32.92	31.17	32.95
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. แพทย์หญิงสกวรัตน์ เบ็นดิอราแม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ 081-5439193 2. นายแพทย์เอกปฐพี จันทรรัตน์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ 087- 3831505 3. นางสาวนริสา สมะแอ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ 089-7387594 E-mail: ducky_2518@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวกาญจนา ใจเย็น โทรศัพท์ 073-5320589 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ 089-2977354 E-mail: Kei_nurse@hotmail.com				

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $>38^{\circ}\text{C}$ or $<36^{\circ}\text{C}$

Heart rate >90 beats/min

Respiratory rate >20 /min หรือ $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg

WBC $>12,000$ /mm³, <4000 /mm³, หรือมี band form >10 %

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusionหรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL)

Urine output <0.5 mL/kg/hrเป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม.แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine $> 2.0 \text{ mg/dL}$ ($176.8 \mu\text{mol/L}$)

Bilirubin $> 2 \text{ mg/dL}$ ($34.2 \mu\text{mol/L}$)

Platelet count $< 100,000/\mu\text{L}$

Coagulopathy (international normalized ratio > 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)

2. Systolic blood pressure $\leq 100 \text{ mm Hg}$

3. Respiratory rate $\geq 22/\text{min}$

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

ตารางประกอบคำนิยาม

ตารางที่ 1 SIRS (systemic inflammatory response syndrome)

Temperature $> 38^\circ\text{C}$ or $< 36^\circ\text{C}$

Heart rate $> 90 \text{ beats/min}$

Respiratory rate $> 20/\text{min}$ หรือ $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mm Hg}$

WBC $> 12,000/\text{mm}^3$, $< 4000/\text{mm}^3$, หรือมี band form $> 10\%$

ตารางที่ 2 tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction

มีภาวะ hypotension

ค่า blood lactate level $> 2 \text{ mmol/L}$ (18 mg/dL)

Urine output $< 0.5 \text{ mL/kg/hr}$ เป็นระยะเวลามากกว่า 2 ชม. แม้ว่าจะได้สารน้ำอย่างเพียงพอ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Acute lung injury ที่มี $\text{Pao}_2/\text{Fio}_2 < 200$ โดยมีภาวะ pneumonia เป็นสาเหตุ

Creatinine $> 2.0 \text{ mg/dL}$ ($176.8 \mu\text{mol/L}$)

Bilirubin >2 mg/dL(34.2 μ mol/L)

Platelet count <100,000 μ L

Coagulopathy (international normalized ratio >1.5 หรือ aPTT> 60 วินาที)

ตารางที่ 3 qSOFA (quick SOFA)score ในการประเมิน ได้แก่

1. Alteration in mental status (อาจใช้ Glasgow Coma Scale score น้อยกว่า 15 ก็ได้)
2. Systolic blood pressure $\leq$ 100 mm Hg
3. Respiratory rate $\geq$ 22/min

ตารางที่ 4 SOS score (search out severity)

score	3	2	1	0	1	2	3
อุณหภูมิ (ไข้)		≤ 35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥ 38.5	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ 80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥ 200	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ 40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥ 140
หายใจ	≤ 8	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		9-20	21-25	26-35	≥ 35
ความรู้สึกล้ม			สับสน กระสับกระส่าย ชี้นิ้วผิดขึ้น	ตื่นกลัว หูอู้งาน	ซึม แสบร้อนผิวหนัง ผื่นขึ้น	ซึมมาก หายใจกระตุก ชี้นิ้วผิดขึ้น	ไม่รู้สึกตัว แม้จะกระตุ้นด้วยความเจ็บปวด
ปัสสาวะ/วัน		≤ 500	501-999	$\geq 1,000$			
ปัสสาวะ/8 ชม		≤ 160	161-319	≥ 320			
ปัสสาวะ/4 ชม		≤ 80	81-159	≥ 160			
ปัสสาวะ/1 ชม		≤ 20	21-39	≥ 40			

การแบ่งระดับการดูแลผู้ป่วยภายในโรงพยาบาล

ระดับ 0 (Level 0)

Patients whose needs can be met through normal ward care in an acute hospital

ระดับ 1 (Level 1)

Patients at risk of their condition deteriorating, or those recently relocated from higher levels of care, whose needs can be met on an acute ward with additional advice and support from the critical care team

ระดับ 2 (Level 2)

Patients requiring more detailed observation or intervention including support for a single failing organ system or post-operative care and those ‘stepping down’ from higher levels of care

ระดับ 3 (Level 3)

Patients requiring advanced respiratory support alone or basic respiratory support together with support of at least two organ systems. This level includes all complex patients requiring support for multi-organ failure

ตารางที่ 5 Modified Early Warning Score (MEWS) for Clinical Deterioration

Criteria	Point Value
Systolic BP (mmHg)	
≤70	+3
71-80	+2
81-100	+1
101-199	0
≥200	+2
Heart rate (beats per minute)	
<40	+2
41-50	+1
51-100	0
101-110	+1
111-129	+2
≥130	+3
Respiratory rate (beats per minute)	
<9	+2

Criteria	Point Value
9-14	0
15-20	+1
21-29	+2
≥30	+3
Temperature in °C (°F)	
<35 (<95)	+2
35–38.4 (95–101.12)	0
≥38.5°C (101.3)	+2

Interpretation

- A score ≥ 5 is statistically linked to increased likelihood of death or admission to an intensive care unit.
- For any single physiological parameter scored +3, consider higher level of care for patient

ตารางที่ 6 เกณฑ์การจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ S และ A)

- 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีหนังสือแต่งตั้งชัดเจน
- 2) มีแนวทางการดำเนินการของ rapid response system ในโรงพยาบาล โดยมีหนังสือคำสั่ง แนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธาน
- 3) เริ่มดำเนินการโดยมีทีม rapid response team เพื่อดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

- ✓ ยังไม่ได้ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
- ✓ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ 1
- ✓ กำลังดำเนินการ = มีข้อ 1 และ ข้อ 2
- ✓ ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว = มีครบทั้ง 3 ข้อ

หมวด	2.ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	5.การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(service plan)				
โครงการที่	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ				
ข้อตัวชี้วัด	26.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด				
ตัวชี้วัด Proxy	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก(ST Elevated Myocardial Infarction)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565		
	ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 9	ไม่เกินร้อยละ 8		
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI -ผู้ป่วยในรหัส ICDWHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล -ผู้ป่วยรหัส ICDWHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry				
แหล่งข้อมูล	Thai ACS Registry				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICDWHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนผู้ป่วยรหัส ICDWHO I21.0-I21.3 ที่รับรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานไตรมาสละ 1 ครั้ง				

เกณฑ์การประเมิน :ปี 2564

ระยะเวลา	1คะแนน	2 คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
6 เดือนแรก และ 6 เดือนหลัง	มีโครงการ แผนงาน และการ ดำเนินงาน ระบบ STEMI Fast tract	-มีคำสั่งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน(ทีมสห วิชาชีพ)และปฏิบัติ ตามแผน - มีการดำเนินการตาม แนวทางการ ดำเนินงานของระบบ การดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันและมีการ เชื่อมโยงเครือข่าย สถานพยาบาลทุกระดับ - อัตราตายผู้ป่วย STEMI ลดลง < ร้อย ละ 12 หรือ ร้อยละ ของผู้ป่วยSTEMI ที่ ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดได้ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล ≥ ร้อยละ 50	-ทบทวนและวางแผน ปรับปรุงแก้ไขปัญหา -มีเครือข่ายรับส่งต่อ ผู้ป่วยเพื่อทำ Pharmacoinvasive -วิเคราะห์ผลการ ดำเนินงานของระบบ การดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน -อัตราตายผู้ป่วย STEMI ลดลง < ร้อย ละ 12 และ ร้อยละ ของผู้ป่วยSTEMI ที่ ได้รับยาละลายลิ่ม เลือดได้ตามมาตรฐาน เวลาที่กำหนดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล ≥ ร้อยละ 50	- ปฏิบัติตามแผนที่ ปรับปรุงและแก้ไข ปัญหา - รพ.มีระบบ Refer back ในเครือข่าย - มีผลงาน นวัตกรรม - อัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 10 และร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล ≥ ร้อยละ 60	- มีคณะกรรมการ พัฒนาระบบ STEMI Fast tract เชื่อมต่อกับ รพท.ที่มีอายุรแพทย์ รวมทั้งรพ.ตติยภูมิที่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ สามารถสวนหลอดเลือดหัวใจได้ -มีนวัตกรรมที่ สามารถเป็น แบบอย่างและ เผยแพร่ให้กับรพ. อื่นๆได้ -อัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 8 และร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา ละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล ≥ ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry				
เอกสารสนับสนุน	สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	ร้อยละ	17.54	15.48	16.08
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางสมบุรณ์ บุญยะรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 0620732776 น.ส.นุรไอนี อุมูดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0892947089 นางกมลทิพย์ ณ สมาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0632392624				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	น.ส.นุรไอนี อุมูดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0892947089 นางกมลทิพย์ ณ สมาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0632392624				

หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	27.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด 1.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ 2.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ 3.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์
คำนิยาม	1.มะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี(C22,C24) มะเร็งหลอดอาหาร หลอดลมใหญ่และปอด(C33-C34) มะเร็งเต้านม(C50) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก(C18-C21) และมะเร็งปากมดลูก(C53) 2.ระยะเวลารอคอยรับการรักษด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์(28 วัน) โดยนับจาก -วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ ในครั้งที่ใช้นิยมนวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา -วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา -ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น -ในกรณีส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 3. .ระยะเวลารอคอยรับการรักษากับเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ(Access to Care)การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์(42 วัน) โดยนับจาก -วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ ในครั้งที่ใช้นิยมนวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับเคมีบำบัด -วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด โดยนับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดวันแรก(การรักษาผ่าตัดนับจากวันที่ผ่าตัด) -ในกรณีส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ 4..ระยะเวลารอคอยรับการรักษารังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care)การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์(42 วัน) โดยนับจาก

	-วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ ในครั้งที่ใช้นิยามวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา -วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด โดยนับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาวันแรก (การรักษาผ่าตัดนับจากวันที่ผ่าตัด) -ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกันกับข้อ2. ระยะเวลารอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด *หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 5 โรคไม่รวมกรณี Metastatic(Unknown primary
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2565 1.1.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 75 1.2.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 75 1.3.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 2.ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด 3.ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตาม ประเภทการรักษา 2.จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละคน การรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด(C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3.ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผลได้แก่ 3.1วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์(Obtained_data) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ใช้นิยามโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2วันผ่าตัด(Operation_data)เพื่อการรักษา 3.3วันที่รับยาเคมีวันแรกและวันที่รับยาเคมีวันสุดท้าย 3.4วันที่ฉายแสงวันแรกและวันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ 3.5วันที่ทำการวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษา

แหล่งข้อมูล	1.จาก Hospital Based Cancer Registry(Thai Cancer Based) หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล 2.หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง			
รายการข้อมูล 1	A(s)=จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา≤4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(c)=จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด A(R)=จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤6 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B(s)=จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(c)=จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน B(R)=จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.(A(s)/B(s))x100 2.(A(c)/B(c))x100 2.(A(R)/B(R))x100			
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565 :				
ปี 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 75
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
วิธีการประเมินผล	สำรวจและนิเทศติดตาม			
เอกสารสนับสนุน	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขามะเร็ง			

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง						
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน		
-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ≥ร้อยละ 40	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ≥ร้อยละ 50	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ≥ร้อยละ 60	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ≥ร้อยละ 70	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ≥ร้อยละ 75		
-ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≥ร้อยละ 40	-ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≥ร้อยละ 50	-ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≥ร้อยละ 60	-ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≥ร้อยละ 70	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≥ร้อยละ 75		
-ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≥ร้อยละ 40	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≥ร้อยละ 30	-ผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≥ร้อยละ 40	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≥ร้อยละ 50	-ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≥ร้อยละ 60		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			
			พ.ศ.			
				2562	2563	2564
		การผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	ร้อยละ	56	64	75
เคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	53.33	81.82	75		
รังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com					

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
โครงการที่	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต		
ระดับการแสดงผล	อำเภอ		
ชื่อตัวชี้วัด	28.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 mL/min/1.73m ² /yr		
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไต ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI		
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการลดลงของ eGFR < 5mL/min/1.73m ² /yr		
	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	≥ร้อยละ 66	≥ร้อยละ 66	≥ร้อยละ 66
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายมาตรการรวมกัน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N181, N182, N183,N184, N189, E102, E112, E122, E132, E142, N083, I120, I129, I130, I131, I132, I139, I151, N021, N022, N023, N024, N025, N026, N027, N028, N029, N031, N032, N033, N034, N035, N036, N037, N038, N039, N041, N042, N043, N044, N045, N046, N047, N048, N049, N051, N052, N053, N054, N055, N056, N057, N058, N059, N061, N062, N063, N064, N065, N066, N067, N068, N069, N071, N072, N073, N074, N075, N076, N077, N078, N079, N081, N082, N083, N084, N085, N086, N087, N088, N089, N110, N111, N118, N119, N12, N130-N144, N200-N202, N2019, N210, N211, N218, N219, N251, N258, N259, N26, N270, N271, N279, N280, N281, N288, N289, N144, Q610, Q611, Q612, Q613, Q614, Q615, Q618 ที่มี 60 > eGFR ≥ 15		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน 2. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่น้อยกว่า 1 ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่น้อยกว่า 1 ปีงบประมาณ		

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่าจึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ และการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกัน ไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression ($y = mx+b$) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลงของ eGFR คำนวณจากสูตร $m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ วันที่ตรวจ			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีโครงการ/แผนงานการดำเนินงาน - มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไตและส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไตให้เป็นระบบ	- มีแผนงานโครงการ/กิจกรรมการดำเนินงาน - มีการคัดกรองไตในผู้ป่วย HT, DM - ร้อยละ 50 - อัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr<ร้อยละ 50	- มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) - มีการคัดกรองไตในผู้ป่วย HT, DM - ร้อยละ 51 - 60 - อัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yrร้อยละ 51 - 60	- มีการประชุม วางแผน และแก้ไขปัญหการดำเนินงาน - มีการคัดกรองไตในผู้ป่วย HT, DM - ร้อยละ 61 - 70 - อัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yrร้อยละ 61 - 65	- มีนวัตกรรม/Best Practice - มีการคัดกรองไตในผู้ป่วย HT, DM - ร้อยละ 80 - อัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m2/yr>ร้อยละ 65
วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุกไตรมาส			
เอกสารสนับสนุน	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีค่า eGFR ลดลง < 5 mL/min/1.73m ² /yr	ร้อยละ	58.58	62.39	63.94
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0632392624				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0632392624				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	โครงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านยาเสพติดแบบบูรณาการ ปีงบประมาณ 2565			
ระดับการแสดงผล	อำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	29.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)			
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษา การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหา ของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู จนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐานหลังการบำบัดอย่างน้อย 1 ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ≥ 58			
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามรายอำเภอในจังหวัดนครราชสีมาจากระบบบสต.			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษาและได้รับ การจำหน่ายทั้งหมดยกเว้นถูกจับหรือเสียชีวิตหมายเหตุการประเมินผลตัวชี้วัดระบบ บสต.			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 28		≥ ร้อยละ 38	≥ ร้อยละ 48	≥ ร้อยละ 58
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดยกเว้นถูกจับหรือเสียชีวิตหมายเหตุการประเมินผลตัวชี้วัดระบบ บสต.			

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีแผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม	- มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามและบันทึกข้อมูลในระบบร้อยละ 28	- มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามและบันทึกข้อมูลในระบบร้อยละ 38	- มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามและบันทึกข้อมูลในระบบร้อยละ 48	- มีการดำเนินการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตามและบันทึกข้อมูลในระบบร้อยละ 58	
เอกสารสนับสนุน	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2562	2563
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม		ร้อยละ	-	-
				2564	83.98
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	15.โครงการการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care; IMC)
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ข้อตัวชี้วัด	30.ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care * ได้รับการบริหารบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน
คำนิยาม	การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) *ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairments ตามเกณฑ์การบริหารบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive IPD rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อยวันละ 3 ชั่วโมง และอย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย 15 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก 1 Intermediate bed คือ การให้บริการ Less Intensive IPD rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ 1 ชั่วโมงอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ หมายเหตุ 1. โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรอง ส่งต่อ และติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา 2. การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทิล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60 - I64
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภายนอก ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 - S069
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภายนอก (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 - S14.1, S24.0 - S24.1, S34.0 - S34.1, S34.3
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภายนอกชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S72.0 - S72.2
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67
	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 75	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช.		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด 2. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์		
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A, S, M1, M2, F1, F2 และ F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย		
รายการข้อมูล 1	A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 ตามเกณฑ์การบริหารฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F		
รายการข้อมูล 2	B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา 6 เดือน และ Fracture Hip (Fragility fracture) ทุกราย ที่เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 หมายเหตุ: การดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่อง รวมถึงรูปแบบการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และเยี่ยมบ้าน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการ (ไตรมาส 2 และ 4)		
เกณฑ์การประเมิน :เกณฑ์การประเมิน			
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
	-	≥ ร้อยละ 70	-
			รอบ 12 เดือน
			≥ ร้อยละ 70

ระดับเกณฑ์การประเมิน ปี 2565:

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5																		
ร้อยละ 60-64	ร้อยละ 65-69	ร้อยละ 70-74	ร้อยละ 75-79	ร้อยละ 80ขึ้นไป																		
วิธีการประเมินผล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดเก็บข้อมูลการดำเนินงานจากคณะกรรมการ Service Plan จังหวัด หรือผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาล																					
เอกสารสนับสนุน	งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.2552 2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.2559 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3) สถาบันประสาทวิทยา 3. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.2562 4. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลันด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.2562 5. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) พ.ศ. 2562																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2562</th><th>2563</th><th>2564</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td><td>ร้อยละ</td><td>55.28</td><td>68.68</td><td>75.67*</td></tr> <tr> <td colspan="5">ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข</td></tr> </tbody> </table> หมายเหตุ: ข้อมูลจากผลตรวจราชการ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2564 ณ 3 พฤษภาคม 2564				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2562	2563	2564	-	ร้อยละ	55.28	68.68	75.67*	ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2562	2563	2564																		
-	ร้อยละ	55.28	68.68	75.67*																		
ผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์จิรวรรณ จิตสมพงษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ 094-1989695 2. แพทย์หญิงรวิษฐา อภิภูณายุต นายแพทย์ชำนาญการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.สุโขทัย-ลก 3.นางสายใจ นกหนู นักกายภาพบำบัดเชี่ยวชาญ รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ 089-8773707																					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวกาญจนา ใจเย็น โทรศัพท์ 073-5320589 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ 089-2977354 E-mail: Kei_nurse@hotmail.con																					

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	17. โครงการกัญชาทางการแพทย์			
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	31. ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 1. ร้อยละของ รพ. ในจังหวัด ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ 3. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์			
คำนิยาม	1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการ คัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบCare manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการ 2. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติ ยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง 3. ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมัน กัญชา 4. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5)			
เกณฑ์เป้าหมาย				
รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
รพ. ในจังหวัด	ร้อยละ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 15	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	เพิ่มขึ้นร้อยละ 5	เพิ่มขึ้นร้อยละ 7	เพิ่มขึ้นร้อยละ 10	เพิ่มขึ้นร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5 เฉพาะกัญชา จากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
รายการข้อมูล 1	สำหรับรพ.ในจังหวัดนราธิวาส A1 = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ A2 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ A3 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2565
รายการข้อมูล 2	สำหรับรพ.ในจังหวัดนราธิวาส B1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ B2 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ B3 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	49.1 ร้อยละของ รพ.สังกัด สป.สธ.ที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ = $(A1/B1) \times 100$ 49.2 ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ = $(A2/B2) \times 100$ 49.3 ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ = $(A3/B3) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส4

เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 :

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
- แต่งตั้งคณะกรรมการ กัญชาทางการแพทย์ - บุคลากรผ่านการอบรมสั่ง ใช้กัญชาทางการแพทย์ - ได้รับใบอนุญาต ยส.5	- จัดตั้งคลินิกการ ให้บริการกัญชา ทางการแพทย์ - มีแผนการค้นหา ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งใช้ กัญชาทาง การแพทย์และ ผู้ป่วยกลุ่ม Palliative care	- มีการส่งจ่ายสาร สกัด/ตำรับกัญชาทาง กาแพทย์ - มีการให้คำแนะนำ ผลข้างเคียงและ อาการไม่พึงประสงค์ หลังจากได้รับสารสกัด กัญชา	- มีการติดตามเฝ้าระวัง ผู้ป่วย ตลอดการรักษา ด้วยสารสกัดกัญชา - มีระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีเกิดอาการไม่พึง ประสงค์ อาการข้างเคียง จากการใช้ยา	- มีคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ที่ สามารถเป็นแหล่ง แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ในจังหวัด

วิธีการประเมินผล :

1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงาน
ความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการ
บูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน
C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน :

1. คู่มือแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
(Guidance/CPG)
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ(ฉบับที่7)พ.ศ.2562
3. คู่มือการใช้งานระบบC-MOPHกระทรวงสาธารณสุข/HPVC/AUR สำนักงาน
คณะกรรมการอาหารและยา

**รายละเอียดข้อมูล
พื้นฐาน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	ร้อยละ	-	-	30.7

**ผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลการ
ดำเนินงาน**

ภก.ฟาเดล สาสะและดิ้ง เกษัชกรชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์มือถือ : -
โทรสาร : 073 - 532063 E-mail : del23637@gmail.com
กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.นราธิวาส

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ											
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลระดับ S และ M1											
ชื่อตัวชี้วัด	32. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)											
คำนิยาม	ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกัน ภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแล ผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (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 “ห่วงโซ่แห่ง การรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่ม การเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและ มาตรฐาน การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ “ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level 1 “การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่ เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน “ผู้ป่วยsevere traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งลงในภายหลังก็ได้											
เกณฑ์เป้าหมาย	ทั้ง Trauma และ Non-Trauma <table><tr><td>ตัวชี้วัด</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td></tr><tr><td>Triage level 1</td><td><ร้อยละ 12</td><td><ร้อยละ 12</td><td><ร้อยละ 12</td></tr></table>				ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	Triage level 1	<ร้อยละ 12	<ร้อยละ 12	<ร้อยละ 12
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67									
Triage level 1	<ร้อยละ 12	<ร้อยละ 12	<ร้อยละ 12									
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ 2. ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือการจัดบริการและพัฒนา คุณภาพ การรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล 13 แห่ง											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) 1.1 ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 1.2 ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 1.3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT				
แหล่งข้อมูล	1. มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง traumaและ non-trauma) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 50.1	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565					
	1	2	3	4	5
1.มีการเก็บข้อมูล 2.มีความชัดเจนในการจำกัดความ เป้าหมาย ระยะเวลา	1.มีข้อ 1 2.มีความครบถ้วนในการเก็บข้อมูล ตามที่กำหนด	1.มีข้อ 2 2.มีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทันเวลา และลงข้อมูลในภาพรวมจังหวัด ในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	1.มีข้อ 3 2.หาสาเหตุของปัญหาในการสะท้อนข้อมูลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาคุณภาพ	1.มีข้อ 4 2.วิเคราะห์หาโอกาสพัฒนาจากการเสียชีวิตจนเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างน้อย 1 เรื่อง	
วิธีการประเมินผล	1 โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่ 2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ตามระดับโรงพยาบาล				
เอกสารสนับสนุน	http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/ คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวกฤษณี กมลมาตยากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทร 0887912286 นายจรัญ เจริญมรรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0806966116				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายจรัญ เจริญมรรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0806966116				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล			
ชื่อตัวชี้วัด	33. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน			
คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคน การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับ บริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะ คุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบ ไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การ บาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่าง ฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ 1 และระดับ 2 ของ <u>เกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน</u> ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26.5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) – จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละโรงพยาบาลในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) – จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S และ M1) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด ของโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S และ M1) สังกัดกระทรวง			

	สาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ healthKPI				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :ปี 2565					
1	2	3	4	5	
น้อยกว่า ร้อยละ 11.4	ระหว่าง ร้อยละ 11.5-16.4	ระหว่าง ร้อยละ 16.5-21.4	ระหว่าง ร้อยละ 21.5-26.4	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5	
วิธีการประเมินผล					
เอกสารสนับสนุน					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ครั้ง	2,075	1,836	2,177
	จำนวนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)	ครั้ง	17,408	16,914	17,350
	ร้อยละ	ร้อยละ	11.92	10.85	12.55
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวกฤษณี กมลมาตยากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทร 0887912286 นายจรัญ เจริญมรรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0806966116				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายจรัญ เจริญมรรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0806966116				

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)						
แผนที่	7. การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ						
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาล						
ชื่อตัวชี้วัด	34.ร้อยละของโรงพยาบาลทั่วไป ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ						
คำนิยาม	ห้องฉุกเฉินคุณภาพ หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน อย่างทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ โดยเน้นใน 3 มิติ คือ 1. พัฒนาระบบบริการที่มีมาตรฐาน 1.1. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.1.1. จัดบริการห้องฉุกเฉินตามเกณฑ์ ER Service Delivery 1.1.2. กำหนดให้ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 - 4 ชั่วโมง (ER Target Time 2 - 4 ชั่วโมง) 1.2. เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน 1.2.1. จัดบริการ OPD นอกเวลาราชการ 2. พัฒนาระบบสนับสนุนที่มีมาตรฐาน 2.1. พัฒนาอาคารสถานที่ 2.1.1. จัดให้มี Double door with access control 2.1.2. จัดให้มีห้องรอตรวจ (Waiting area/room) 2.1.3. จัดให้มีห้องแยกโรค (Isolation room) 2.1.4. จัดให้มีห้องความดันลบ (Negative pressure room) 2.1.5. จัดให้มีแคปซูลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (transport capsule) 2.2 พัฒนาระบบสารสนเทศ 2.2.1. มีสารสนเทศที่แสดงคิวและสถานะรวมถึงขั้นตอนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) 2.2.2. เชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการพัฒนา Telemedicine และวางแผนการพัฒนา Ambulance Operation Center (AOC) 2.2.3. ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกราย ผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูล 43 แฟ้ม						
เกณฑ์เป้าหมาย :							
	<table><tr><td>ประเภท</td><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td></tr><tr><td>- โรงพยาบาลทั่วไป</td><td>-</td><td>ร้อยละ 80</td></tr></table>	ประเภท	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	- โรงพยาบาลทั่วไป	-	ร้อยละ 80
ประเภท	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65					
- โรงพยาบาลทั่วไป	-	ร้อยละ 80					
วัตถุประสงค์	1. เพิ่มการเข้าถึงการบริการ ER คุณภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 3. พัฒนาห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐาน 4. บุคลากรมีความปลอดภัย						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน/แบบประเมิน						
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ , โรงพยาบาลสโงโก-ลก						

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั่วไป			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตาม ในไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 :				
1	2	3	4	5
1.คะแนน ECS <ร้อยละ 40 2.มีการเก็บความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	1.มีข้อ 1 2.มีคะแนน ECS ร้อยละ 40.1-50 3.มีแผนปฏิบัติการในระดับโรงพยาบาล	1.มีข้อ 2 2.มีคะแนน ECS ร้อยละ 50.1-60 3.มีระบบ EMS, Fast track ER การรับผู้ป่วย Covid, Refer, Mass casualty ที่มีผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม	1. มีข้อ 3 2. มีคะแนน ECS มากกว่า ร้อยละ 60.1 3. หาโอกาสพัฒนาจากข้อ 3 ที่ระบุชัดเจน	1.มีข้อ 4 2.มีนวัตกรรม ที่เกิดจากการใช้ ECS Scoring
1. มีการเก็บระยะเวลารอคอยในภาพรวม	1. มีการเก็บระยะเวลารอคอย โดยแยกประเภทตามระบบ ESI โดยอย่างน้อย เป็นประเภทผู้ป่วย R, E, U	1. มีข้อ 2 2. นำข้อมูลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาพัฒนาให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เรื่องการรับเข้ารักษา และส่งต่อ ภายใน 2 ชั่วโมง 3. มีการเก็บข้อมูลผู้ป่วย Fast track รักษา/ส่งต่อได้ตามเวลาที่กำหนด	1. มีข้อ 3 2. ได้เป้าหมายตามที่กำหนด โดยไม่สูงหรือต่ำเกินค่าเป้าหมาย ร้อยละ 10	1. มีข้อ 4 2. มีกิจกรรมคุณภาพหรือวิจัย ที่สนับสนุนให้การปฏิบัติงานดีขึ้น
วิธีการประเมินผล	1) มีคณะกรรมการพัฒนาห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ 2) ประเมิน ER คุณภาพ ตามแบบฟอร์มการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ไม่น้อยกว่า ปีละ 1 ครั้ง 3) นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลมาสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (Out put) นำไปสู่การพัฒนา ER คุณภาพ 4) นำข้อมูลจาก 1-2 มาวิเคราะห์เชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำเสนอ ผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารของโรงพยาบาล และ สสจ. เพื่อนำไปประมวลผลในภาพรวมของจังหวัด นำเสนอข้อมูลต่อหน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล			
เอกสารสนับสนุน	แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ในองค์ประกอบห้องฉุกเฉิน			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวกฤษณี กมลมาตยากุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทร 0887912286 นายจรัญ เจริญมรรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0806966116			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายจรัญ เจริญมรรค พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 0806966116			

หมวด	2.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	9. อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ตัวชี้วัด	35.มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอ เพิ่มขึ้น
คำนิยาม	1. ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย 2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3. ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน หมายถึง การส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐเพื่อทดแทนหรือเป็นทางเลือกในการใช้ส่งเสริม รักษา และป้องกันโรค หมายเหตุการทดแทนยาสมุนไพรไม่ได้เป็นการถอนบัญชียาแผนปัจจุบันออกแต่เป็นเพียงการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ทั้งนี้หากสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐมีความต้องการถอนยาแผนปัจจุบันและใช้ยาสมุนไพรเพื่อทดแทนให้เป็นไปตามมติของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการของสถานพยาบาลสาธารณสุขนั้น
เกณฑ์เป้าหมาย	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรดำเนินไปตามแผนผลิตภัณฑ์สมุนไพรแห่งชาติ (แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2565) 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพวัตถุดิบสมุนไพรในพื้นที่เมืองสมุนไพร จังหวัด อำเภอ ในเขตสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลจาก โดยการประเมินตนเองและการตรวจประเมิน 2. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากรายงานสรุปของอำเภอ 3. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4. รายการยาสมุนไพรที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวน 31 รายการ ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผ่านเว็บไซต์ : https://www.dtam.moph.go.th/index.php/en/departments/bos/42-download/4256-dl0055 5. ข้อมูลยาแผนไทยและยาจากสมุนไพรที่มีโอกาสใช้แทนยาแผนปัจจุบันในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผ่านเว็บไซต์ : https://www.dtam.moph.go.th/images/download/dl0055-12122561_2.pdf

	6. ข้อมูลวิชาการ งานวิจัย หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกผ่านเว็บไซต์ : http://ttdkl.dtam.moph.go.th/ 7. แนวทางเวชปฏิบัติการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ผ่านเว็บไซต์ : http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20160915160931.pdf			
รายการข้อมูล 1	A= มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในอำเภอ ปี 2565			
รายการข้อมูล 2	B= มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในอำเภอ ปี 2565			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
กระบวนการดำเนินงาน 1.อำเภอมียางานการกำหนดและการส่งเสริมการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อสั่งการ ที่ประชุม service planการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับจังหวัด นราธิวาส ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 7 รายการ ได้แก่ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เพชรสังฆาต เถาวัลย์เปรียง มะขามป้อม มะขามแขก และประสะมะแว้ง 2.มีการสรุปและติดตามผลการดำเนินงานอำเภอรายไตรมาสที่ 2 3.อำเภอมียางานการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามข้อสั่งการ ที่ประชุม service plan การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานระดับจังหวัด นราธิวาส ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 7รายการ ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เพชรสังฆาต เถาวัลย์เปรียง มะขามป้อม มะขามแขก และประสะมะแว้ง 4.มีการสรุปและติดตามผลการดำเนินงานอำเภอรายไตรมาสที่ 3 และ 4 เกณฑ์การประเมินปี 2565: ตุลาคม2564 -มีนาคม2565				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีกระบวนการดำเนินงานลำดับที่ 1-3	รายงานมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในอำเภอเทียบกับไตรมาส ที่ 2 ของปีก่อนหน้า เท่าเดิม	รายงานมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในอำเภอเทียบกับไตรมาส ที่ 2 ของปีก่อนหน้า เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5	รายงานมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในอำเภอเทียบกับไตรมาส ที่ 2 ของปีก่อนหน้า เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1	รายงานมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในอำเภอเทียบกับไตรมาส ที่ 2 ของปีก่อนหน้า เพิ่มขึ้นตั้งแต่ ร้อยละ 2

ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีกระบวนการดำเนินงานลำดับที่ 1-4	รายงานมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอเทียบกับปีงบประมาณ 2564 เท่าเดิม	รายงานมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอเทียบกับปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5	รายงานมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอเทียบกับปีงบประมาณ 2564 ของปีก่อนหน้า เพิ่มขึ้นร้อยละ 1	รายงานมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอเทียบกับปีงบประมาณ 2564 เพิ่มขึ้นตั้งแต่ร้อยละ 2

วิธีการประเมินผล เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน -

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปีงบประมาณ 2565				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	มูลค่าการใช้จ่าย สมนไพร	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด นางเนตรมาตา จันทรังค์
โทรศัพท์ 073-532057 ต่อ 307 โทรศัพท์มือถือ 062-6419945
E-mail:ttmnara@hotmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน 1.นางพิรพรรณ ชีวียะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ 073-532057 ต่อ 307 โทรศัพท์มือถือ 089-8768529
E-mail:ttmnara@hotmail.com
2.นางเนตรมาตา จันทรังค์ ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทรศัพท์ 073-532057 ต่อ 307 โทรศัพท์มือถือ 062-6419945
E-mail:ttmnara@hotmail.com

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)												
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ												
โครงการที่	-												
ระดับการแสดงผล	จังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัดกระทรวง	36.ระดับความสำเร็จของการใช้ระบบ Non-HR												
ชื่อตัวชี้วัดจังหวัด	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุข(Non-HR)												
คำนิยาม	ความครอบคลุมถูกต้องของข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข (ข้อมูลส่วนบุคคล/วุฒิในตำแหน่ง/ ใบประกอบวิชาชีพ) ในระบบ HROPS ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 85 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้งานระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (Non-HR)												
วัตถุประสงค์	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสทุกระดับ สามารถบริหารจัดการ ทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนองค์กรไปสู่องค์กรแห่ง ความสุขอย่างยั่งยืน												
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรทั้ง 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงาน กระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน 2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (สสจ. รพท. รพช.สสอ. รพ.สต.)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (HROPS)												
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขHROPS 2. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส(สสจ. รพท. รพช.สสอ. รพ. สต.)												
รายการข้อมูล 1	A = ข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลวุฒิในตำแหน่ง/ข้อมูลใบประกอบวิชาชีพในระบบ HROPS ที่ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน												
รายการข้อมูล 2	B = ข้อมูลส่วนบุคคล/ข้อมูลวุฒิในตำแหน่ง/ข้อมูลใบประกอบวิชาชีพในระบบHROPS ทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส												
เกณฑ์การประเมินรอบที่ 1 :													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR < ร้อยละ 55</td><td>1</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 60</td><td>2</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 65</td><td>3</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 70</td><td>4</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 75</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>		เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR < ร้อยละ 55	1	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 60	2	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 65	3	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 70	4	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 75	5
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR < ร้อยละ 55	1												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 60	2												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 65	3												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 70	4												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 75	5												

เกณฑ์การประเมินรอบที่ 2 :													
	<table> <tr> <th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR < ร้อยละ 76</td><td>1</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 77-79.99</td><td>2</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 80.00-82.99</td><td>3</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 83.00-84.99</td><td>4</td></tr> <tr> <td>หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 85</td><td>5</td></tr> </table>	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR < ร้อยละ 76	1	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 77-79.99	2	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 80.00-82.99	3	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 83.00-84.99	4	หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 85	5
เกณฑ์การประเมิน	คะแนน												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR < ร้อยละ 76	1												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 77-79.99	2												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 80.00-82.99	3												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 83.00-84.99	4												
หน่วยงานมีการลงทะเบียนใช้ระบบ Non-HR ร้อยละ 85	5												
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้งต่อปี												
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	-												
หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายนิวัติ พรหมวิง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ												

หมวด	3. ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนที่	10. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการที่	2. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	37. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ -ร้อยละ70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของพนักงาน (Happinometer)
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
เกณฑ์เป้าหมาย	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส สามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 1) ข้าราชการ 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3) พนักงานราชการ 4) ลูกจ้างประจำ 5) ลูกจ้างชั่วคราว 2. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ.(รวม รพ.สต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH 2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (ที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ จากคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับหน่วยงาน) มายังกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ spd.happymoph@gmail.com
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล	A1 = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) x 100	
ระยะเวลาประเมินผล	2 ครั้ง/ปี	
เกณฑ์การประเมิน :		
ครั้งที่ 1	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 50	1
	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 55	2
	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 60	3
	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 65	4
	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 70	5
ครั้งที่ 2	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	หน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร ร้อยละ 70	1
	หน่วยงานมีการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความสุข	2
	หน่วยงานมีการทำแผนสร้างสุข	3
	หน่วยงานมีการจัดกิจกรรมสร้างสุข	4
	หน่วยงานมีการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมสร้างสุข	5
วิธีการประเมินผล	1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. คณะกรรมการ/คณะทำงาน ในระดับกรมและระดับจังหวัด พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	
เอกสารสนับสนุน	1. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ 1. นางฉัตรภัทร คูหา นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : inspect.n@gmail.com 2. นางสาวนริศรา เสนารินทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02-5902459 โทรศัพท์มือถือ : - โทรสาร : 02-5918191 E-mail : spd.happymoph@gmail.com สถานที่ทำงาน: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.นิตยา วันริโก เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	

หมวด	4.ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนที่	1.1 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
โครงการที่	1.โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส								
ระดับการแสดงผล	อำเภอ								
ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน (ITA)								
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open,more transparent)ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด โดยมุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัด ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้านการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ(MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency) ประกอบด้วย (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล(4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2564</td><td>ปีงบประมาณ 2565</td><td>ปีงบประมาณ 2566</td></tr><tr><td>ร้อยละ 92</td><td>ร้อยละ 92</td><td>ร้อยละ 92</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92
ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566							
ร้อยละ 92	ร้อยละ 92	ร้อยละ 92							
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมาย ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมาย นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมาย ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบเตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาล 13 หน่วยงาน 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 หน่วยงาน								

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ ในระบบ MITAS และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส												
แหล่งข้อมูล	1.แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 2.ระบบ MITAS (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment System)												
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนการประเมิน ITA ของโรงพยาบาล												
รายการข้อมูล 2	B =คะแนนการประเมิน ITA ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (26 หน่วยงาน)												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A+ B /2												
ระยะเวลาประเมินผล	หน่วยงานประเมินตนเองในระบบ MITAS ดังนี้ 1. ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) 2. ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) 3. ไตรมาสที่ 3 รอบ 9 เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) 4. ไตรมาสที่ 4 รอบ 12 เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)												
เกณฑ์การประเมิน :													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)</td><td>82</td><td>87</td><td>92</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	82	87	92		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
ระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ 5)	82	87	92										
วิธีการประเมินผล : แต่ละสถานบริการ (รพ. , สสอ.) ในอำเภอ13 อำเภอ ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ													
รอบที่ 1													
<table><tr><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>ระดับขั้นความสำเร็จ (ระดับ 5) 1-9 ข้อ</td><td>44 คะแนน 10 ข้อ</td><td>56 คะแนน 13 ข้อ</td><td>84 คะแนน 16 ข้อ</td><td>86 คะแนน 19 ข้อ</td></tr></table>				1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ระดับขั้นความสำเร็จ (ระดับ 5) 1-9 ข้อ	44 คะแนน 10 ข้อ	56 คะแนน 13 ข้อ	84 คะแนน 16 ข้อ	86 คะแนน 19 ข้อ
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน									
ระดับขั้นความสำเร็จ (ระดับ 5) 1-9 ข้อ	44 คะแนน 10 ข้อ	56 คะแนน 13 ข้อ	84 คะแนน 16 ข้อ	86 คะแนน 19 ข้อ									
รอบที่ 2													
<table><tr><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>88 คะแนน 20 ข้อ</td><td>90 คะแนน 21 ข้อ</td><td>92 คะแนน 22 ข้อ</td><td>94 คะแนน 23 ข้อ</td><td>96 – 100 คะแนน มีเอกสารที่แนบครบทุกองค์ประกอบ 23 ข้อ</td></tr></table>				1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	88 คะแนน 20 ข้อ	90 คะแนน 21 ข้อ	92 คะแนน 22 ข้อ	94 คะแนน 23 ข้อ	96 – 100 คะแนน มีเอกสารที่แนบครบทุกองค์ประกอบ 23 ข้อ
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน									
88 คะแนน 20 ข้อ	90 คะแนน 21 ข้อ	92 คะแนน 22 ข้อ	94 คะแนน 23 ข้อ	96 – 100 คะแนน มีเอกสารที่แนบครบทุกองค์ประกอบ 23 ข้อ									

เอกสารสนับสนุน	1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวสุนิสา นวนนก นิติกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์ : 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์มือถือ : 089 9842048 นางสาวกาญจน์ แก้วสกุล เจ้าพนักงานธุรการ กลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์ : 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์มือถือ : 091 5464608
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ : 0 7353 2056-59 ต่อ 112
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวสุนิสา นวนนก นิติกรชำนาญการพิเศษ กลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์ : 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์มือถือ : 089 9842048 นางสาวกาญจน์ แก้วสกุล เจ้าพนักงานธุรการ กลุ่มกฎหมาย โทรศัพท์ : 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์มือถือ : 091 5464608

หมวด	4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance ExcellenceX								
แผนที่	11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
โครงการที่	1 โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส								
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ								
ชื่อตัวชี้วัด	39.ระดับความสำเร็จของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน								
คำนิยาม	หน่วยงาน หมายความว่า โรงพยาบาล ประกอบด้วยกลุ่มงานต่างๆ ในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์การควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลังและแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 2564</td><td>ปีงบประมาณ 2565</td><td>ปีงบประมาณ 2566</td></tr><tr><td>75</td><td>80</td><td>85</td></tr></table>			ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	75	80	85
ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566							
75	80	85							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับอำเภอ ประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1 ข้อมูลรายงานผลการตรวจสอบและประเมินการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในระดับหน่วยงาน 2 เอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการจัดวางระบบและติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน แบบรายงานผลการประเมินรายองค์ประกอบของการควบคุมภายใน รายงานผลการควบคุมภายใน และแบบติดตามการควบคุมภายใน								
แหล่งข้อมูล	ระดับอำเภอ								
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ร้อยละ 80 หรือ 4 คะแนนขึ้นไป								
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงานผลการประเมินให้ฝ่ายตรวจสอบภายในภายในระยะเวลาที่กำหนด								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(AxB)/100								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1-4								

เกณฑ์การประเมิน :กระบวนการดำเนินงาน ดังต่อไปนี้

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1-5 เกณฑ์การให้คะแนน ประเมิน 5 ระดับดังนี้

เกณฑ์การประเมิน 6 เดือนแรก

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีการติดตามและประเมินผลของรอบปีที่ผ่านมา	1
2	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินระบบการควบคุมภายในของหน่วยงานโดยบุคคลทั้งสองคณะไม่มีชื่อที่ซ้ำกัน	2
3	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทางที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข กำหนด	3
4	การจัดทำรายงานการจัดวางระบบการควบคุมภายใน (ระดับองค์กร) ประกอบด้วย 4.1 แบบประเมินรายองค์ประกอบ 4.2 การรายงานผลการประเมินรายองค์ประกอบ แบบ ปค4 4.3 Flowchart และ คู่มือระเบียบวิธีการปฏิบัติงาน 4.4 ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง 4.5 การรายงานผลการประเมินการควบคุมภายใน แบบ ปค5	4
5	มีการรวบรวมเป็นภาพรวมขององค์กร (โรงพยาบาลต้องรวมกับกลุ่มงานต่างๆ) และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอต้องรวมกับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลังและกระทรวงสาธารณสุข กำหนดโดยยึดตามหนังสือคำสั่งของหน่วยงาน	5

วิธีการประเมินผล รอบหกเดือนแรก

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
กระบวนการ 1	กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 2-3	กระบวนการ 3-4	กระบวนการ 4-5

การประเมินผล รอบ 6 เดือนหลัง

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการติดตามและประเมินผลระบบควบคุมภายใน โดยใช้แบบติดตาม รายงานผลการประเมินการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค5)

1	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดมีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 : เดือน : ครั้ง) กำหนด คือ เม.ย และ สิงหาคม ของทุกปี ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด	ร้อยละ
---	---	--------

เอกสารสนับสนุน	1 เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติที่กระทรวงการคลัง และ แนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2 กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องได้แก่ 2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม 2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79 3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางการัมบีปี แซ่ลีมา นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทร 0819696471 นางนุรมะห์ โต๊ะอาลี เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี โทร 0808841311
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	ฝ่ายตรวจสอบและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางการัมบีปี แซ่ลีมา นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทร 0819696471 นางนุรมะห์ โต๊ะอาลี เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี โทร 0808841311 Email : truajsop.nara@gmail.com

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้านธรรมาภิบาล)														
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ														
โครงการที่	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ														
ลักษณะ	เชิงคุณภาพ/ปริมาณ														
ระดับการวัดผล	กรม/จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	40.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข														
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2565ดังนี้ 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 13 แห่ง การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562(Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กรหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด 5 บุคลากรหมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการโดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2564- 2565 ดังนี้ 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อครบ 18 ข้อ 5. ดำเนินการแผนพัฒนาองค์การ 6. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การและผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 3,6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด 7. จัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) และผลงานที่โดดเด่นจากการนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)มาพัฒนาบริหารจัดการองค์กรอย่างน้อย 1 เรื่อง														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td></tr><tr><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20)</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40)</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60)</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80)</td><td>ระดับ 5 (ร้อยละ 100)</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65											
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 60)	ระดับ 5 (ร้อยละ 80)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)											

วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด			
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565:				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ 13 คำถาม (แบบฟอร์ม 1) ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 2. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 หมวด 1-6 (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 3. ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์การ(แบบฟอร์ม 3) หมวดละ 1 แผนจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 4. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัด หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ครบ 18 ข้อ (แบบฟอร์ม 4) และจัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565	1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565 2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565	1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือนผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565	1.รายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์การ รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 2.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือนผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 3. ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า ดังนี้ 3.1 แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 3.2 ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3.3 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3.4 สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป (แบบฟอร์ม 5) ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 4. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกระดับ (ร้อยละ 100) - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																
1	ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ(แบบฟอร์ม 1)ได้ครบถ้วน ส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 <table><tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.20 คะแนน</td><td>0.40 คะแนน</td><td>0.60 คะแนน</td><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>5 คำถาม</td><td>7 คำถาม</td><td>9 คำถาม</td><td>11 คำถาม</td><td>13 คำถาม</td></tr></table> เกณฑ์การให้คะแนน +/- 2 คำถาม ต่อ 0.20 คะแนน (interval)	เกณฑ์การให้คะแนน					0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน	5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม	
เกณฑ์การให้คะแนน																	
0.20 คะแนน	0.40 คะแนน	0.60 คะแนน	0.80 คะแนน	1 คะแนน													
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม													
2	ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม 2) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 <table><tr><th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.80 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>หมวด 1-6</td><td>ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr></table>	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		0.80 คะแนน	1 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด								
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.80 คะแนน	1 คะแนน															
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด															
3	- ส่วนราชการนำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับและทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน (แบบฟอร์ม3) จัดส่งภายในวันที่ 11 มกราคม 2565 <table><tr><th rowspan="2">แผนพัฒนาองค์การ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.40 คะแนน</td><td>0.50 คะแนน</td></tr><tr><td>หมวด 1-6</td><td>ไม่ครบ 6 หมวด</td><td>ครบ 6 หมวด</td></tr></table> - ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม 4) จัดส่งภายใน 11 มกราคม 2565 <table><tr><th rowspan="2">หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.40 คะแนน</td><td>05.0 คะแนน</td></tr><tr><td>ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)</td><td>ไม่ครบ (18 ข้อ)</td><td>ครบ (18 ข้อ)</td></tr></table>	แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.40 คะแนน	0.50 คะแนน	หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด	หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		0.40 คะแนน	05.0 คะแนน	ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)
แผนพัฒนาองค์การ	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.40 คะแนน	0.50 คะแนน															
หมวด 1-6	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด															
หมวด 7ผลลัพธ์การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.40 คะแนน	05.0 คะแนน															
ตัวชี้วัด 7.1 – 7.6 (18 ข้อ)	ไม่ครบ (18 ข้อ)	ครบ (18 ข้อ)															
4	หน่วยงานรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์การ และรายงานผลลัพธ์ ตามหัวข้อ 7.1 – 7.6 ผ่านระบบออนไลน์ รอบ 6 , 9 และ 12 เดือนภายในระยะเวลาที่กำหนด รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2565 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2565 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565 <table><tr><th rowspan="2">รายงานผลการดำเนินการตามรอบภายในเวลาที่กำหนด</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>0.90 คะแนน</td><td>1 คะแนน</td></tr><tr><td>รอบ 6 เดือน</td><td rowspan="3">ไม่ครบ 3 รอบ</td><td rowspan="3">ครบทั้ง 3 รอบ</td></tr><tr><td>รอบ 9 เดือน</td></tr><tr><td>รอบ 12 เดือน</td></tr></table>	รายงานผลการดำเนินการตามรอบภายในเวลาที่กำหนด	เกณฑ์การให้คะแนน		0.90 คะแนน	1 คะแนน	รอบ 6 เดือน	ไม่ครบ 3 รอบ	ครบทั้ง 3 รอบ	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
รายงานผลการดำเนินการตามรอบภายในเวลาที่กำหนด	เกณฑ์การให้คะแนน																
	0.90 คะแนน	1 คะแนน															
รอบ 6 เดือน	ไม่ครบ 3 รอบ	ครบทั้ง 3 รอบ															
รอบ 9 เดือน																	
รอบ 12 เดือน																	

	5 ส่วนราชการจัดทำแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) จำนวน 5 หน้า (แบบฟอร์ม 5) ดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ 2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น 3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป <table><tr><th rowspan="2">Best Practices</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>0.80 คะแนน</th><th>1 คะแนน</th></tr><tr><td>1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ</td><td>ไม่ครบ (4หัวข้อ)</td><td>ครบ (4หัวข้อ)</td></tr><tr><td>2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น</td><td></td><td></td></tr><tr><td>3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ</td><td></td><td></td></tr><tr><td>4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป</td><td></td><td></td></tr></table> ผ่านระบบออนไลน์ภายในวันที่ 23 กันยายน 2565	Best Practices	เกณฑ์การให้คะแนน		0.80 คะแนน	1 คะแนน	1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ	ไม่ครบ (4หัวข้อ)	ครบ (4หัวข้อ)	2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น			3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ			4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป		
Best Practices	เกณฑ์การให้คะแนน																	
	0.80 คะแนน	1 คะแนน																
1) แนวทางปฏิบัติหรือวิธีการและผลลัพธ์การดำเนินการ	ไม่ครบ (4หัวข้อ)	ครบ (4หัวข้อ)																
2) ตัวอย่าง ผลงานที่โดดเด่น																		
3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ																		
4) สิ่งที่ได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อไป																		
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>2563</th><th>2564</th><th>2565</th></tr><tr><td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td><td>ระดับ</td><td>ระดับ 5</td><td>ระดับ 5</td><td>-</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	ระดับ 5	ระดับ 5	-				
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		2563	2564	2565														
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	ระดับ 5	ระดับ 5	-														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุชมา นิลรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน:073-532056 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 โทรสาร:073-532056 2.นางปาริชาติ ชูทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 073-532056 โทรศัพท์มือถือ: 089-7330896 โทรสาร: 073-532056E-mail: Parichat_ssj@hotmail.com																	
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																	
ผู้รับผิดชอบการกรรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสุชมา นิลรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน:073-532056 โทรศัพท์มือถือ: 081-9316052 โทรสาร:073-532056 2.นางปาริชาติ ชูทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 073-532056 โทรศัพท์มือถือ: 089-7330896 โทรสาร: 073-532056E-mail: Parichat_ssj@hotmail.com																	

หมวด	ด้านการบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต,จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	41.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 1. โรงพยาบาลทั่วไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 2. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 ได้รับการประเมิน Re-accredit จำนวน 2 รพ.
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง - โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 แห่ง - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 751 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564) HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ตามเกณฑ์ชั้น 2 - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

เกณฑ์เป้าหมาย	รายละเอียด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	1.โรงพยาบาล ศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไป	ร้อยละ 98	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	2. โรงพยาบาล สังกัดกรมการ แพทย์, กรม ควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 98	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	3. โรงพยาบาล ชุมชน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานการณ์รับรอง				
แหล่งข้อมูล	-ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานการณ์รับรอง -กองบริหารการสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 แห่ง				
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และ กรมสุขภาพจิตที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง				
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ				
รายการข้อมูล 6	F = โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 751 แห่ง ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564)				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$57.1 = (A/B) \times 100$ $57.2 = (C/D) \times 100$ $57.3 = (E/F) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1,2,3 และ 4 (1 ตุลาคม 2564 – 30 กันยายน 2565)			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565				
ประเภท	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00

วิธีการประเมินผล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th / ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานการณ์รับรอง					
	เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไปใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
	โรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์, กรม ควบคุมโรค และกรม สุขภาพจิต	ร้อยละ 96.00	ร้อยละ 97.00	ร้อยละ 98.00	ร้อยละ 99.00	ร้อยละ 100.00
	โรงพยาบาลชุมชนใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข	ร้อยละ 86.00	ร้อยละ 87.00	ร้อยละ 88.00	ร้อยละ 89.00	ร้อยละ 90.00

	เงื่อนไข : 1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 121 แห่ง 2. โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต จำนวน 49 แห่ง ประกอบด้วย -โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 28 แห่ง -โรงพยาบาลสังกัดกรมควบคุมโรค จำนวน 2 แห่ง -โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 19 แห่ง (ไม่รวมโรงพยาบาลจิตเวช พิษณุโลก เนื่องจากเป็นหน่วยงานตั้งใหม่ ไม่รวมสถาบันทันตกรรมเนื่องจากไม่มีเตียงรองรับผู้ป่วยในและให้บริการเฉพาะด้านและ ไม่รวมสถาบันโรคผิวหนัง เนื่องจากอยู่ระหว่างทำการในสถานที่ชั่วคราว) 3. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 751 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 14 มิถุนายน 2564) (ไม่รวมโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 ไม่เปิดบริการผู้ป่วยใน ไม่มีเตียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F3 มีเตียงเปิดบริการไม่ถึง 3 ปี) 4. ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 + Reaccredit + 3e อยู่ระหว่างต่ออายุ + โรงพยาบาลที่ผลการรับรองขอประเมินซ้ำแต่ใบรับรองหมดอายุ (R1e, R2e R3e เป็นต้น) แต่อยู่ระหว่างต่ออายุ 5. ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) 6. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID 19) ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและการรายงานพบผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ จะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ รวมถึงการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะเสี่ยงที่เข้าเกณฑ์การสอบสวนโรค (Patient under Investigation – PUI) การจัดเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลในการดูแลทั้งในสถานพยาบาลและนอกสถานพยาบาลทำให้มีภาระงานที่ต้องดำเนินการเกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดเป็น จำนวนมาก ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานปกติ โดยเฉพาะ งานที่ไม่ได้ให้บริการเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยโดยตรง
เอกสารสนับสนุน	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร/สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง/สถานการณ์รับรอง

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาล ทั่วไปในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 99.39	ร้อยละ 100.00	ร้อยละ 99.16 ณ 30 มิ.ย.64 (118/119 แห่ง)
	ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์, กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ		ร้อยละ 97.96	ร้อยละ 95.83 ณ 30 มิ.ย.64 (46 / 48 แห่ง)
	ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	ร้อยละ	ร้อยละ 88.96	ร้อยละ 92.33	ร้อยละ 88.92 ณ 30 มิ.ย.64 (658 / 740 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.แพทย์หญิงอมรา ดือเระ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ :081-2270578 ที่ปรึกษา 2.นายแพทย์พรประสิทธิ์ จันตระ นายแพทย์เชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก โทรศัพท์มือถือ :089-8763704 3. แพทย์หญิงเพ็ญแข รถมณี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โทรศัพท์มือถือ : 081-8980224				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวกาญจนา ใจเย็น โทรศัพท์ 073-5320589 ต่อ 303 โทรศัพท์มือถือ 089-2977354 E-mail: Kei_nurse@hotmail.com				

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	42.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
คำนิยาม	1.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU/NPCU) 2.การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดีมีเกณฑ์ประเมินดังนี้ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว 3.การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 111 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล - สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) - สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข (รับรอง)
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม) B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว (สะสม)

	C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3ดาว (สะสม)				
รายการข้อมูล 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (111 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/D) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3-4				
กระบวนการดำเนินงาน รอบที่ 1 (ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565) 1.อำเภอมีการแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงในการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ 2. อำเภอมีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนิน รพ.สต.ติดตาม อย่างน้อย 1 ครั้ง 3.อำเภอจัดทำแผนงาน/โครงการในการดำเนินงาน รพ.สต.ติดตาม 4. รพ.สต.ทุกแห่ง ประเมินตนเองตามเกณฑ์บันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu 5.อำเภอมีการลงประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม เกณฑ์การประเมิน รอบที่ 1 (ตุลาคม 2564-มีนาคม 2565)					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	กระบวนการ 1	กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 1-3	กระบวนการ 1-4	กระบวนการ 1-5
กระบวนการดำเนินงาน รอบที่ 2 (เมษายน2565-กันยายน2565) 1.รพ.สต.ทุกแห่ง ประเมินตนเองตามเกณฑ์บันทึกข้อมูลในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพในโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu 2.อำเภอมีการลงประเมินเพื่อรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม 3.รพ.สต. ผ่านคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม น้อยกว่าร้อยละ100 4.รพ.สต. ผ่านคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ100 5.รพ.สต. ผ่านคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ร้อยละ100และมีนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย <u>ชราชีวา</u> เกณฑ์การประเมิน รอบที่ 2 (เมษายน 2565-กันยายน 2565)					
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	กระบวนการ 1	กระบวนการ 1-2	กระบวนการ 1-3	กระบวนการ 1-4	กระบวนการ 1-5
วิธีการประเมินผล	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดตาม ปี 2565				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	111 แห่ง	ร้อยละ	71.17	100.00	100.00
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ โทรศัพท์ 073-532058 ต่อ 303				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางสาวนาซีเร๊ะห์ มะรือโบอูมา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข				

หมวด	ยุทธศาสตร์ SI.3 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การจัดการความรู้ และระบบการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารให้มีประสิทธิภาพ
แผนที่	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	43.ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย(DISCHARGE) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) - ตรงตามรหัสมาตรฐานและสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) - รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 4.1. ตรงตามรหัสมาตรฐานและประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชนดังนี้ 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 4.1.2 ไม่เป็นค่าว่าง 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate 4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11

	5.ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย(DISCHARGE) 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน 5.2 กรณีเป็นสถานะยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ(16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68
	ร้อยละ 80	ร้อยละ80	ร้อยละ85	ร้อยละ90	ร้อยละ95
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพในทุกระดับ ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย มีความมั่นคงปลอดภัย สามารถใช้ประโยชน์ได้ทันเวลา 2. เพื่อพัฒนาบุคลากรผู้ดูแลระบบข้อมูลในทุกระดับสถานบริการ ให้มีทักษะในการตรวจสอบข้อมูล สามารถแก้ไขปัญหาความผิดพลาดของข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ ให้ได้มาตรฐาน ให้มีความสมบูรณ์พร้อมใช้งานและทันเวลา 4. เพื่อเป็นศูนย์รวมข้อมูลด้านสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center:HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 2. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล= (A/B) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6,9 และ 12 เดือน				

เกณฑ์การประเมิน ปี 2565: ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 65	ร้อยละ 68	ร้อยละ 70	ร้อยละ 73	ร้อยละ 75

ตุลาคม 2564 – สิงหาคม 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 75	ร้อยละ 77	ร้อยละ 78	ร้อยละ 79	ร้อยละ 80

วิธีการประเมินผล : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขประเมินรายหน่วยบริการ

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ		98.40	98.60

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายมะนาเซ อาแวเตะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058-308 โทรศัพท์มือถือ : 088-7815868
E-mail : matnasey@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน 1.ชื่อ-สกุล นายจรรยาศักดิ์ เวทมาหะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058-308 โทรศัพท์มือถือ : 096-8519125
E-mail : jronsak@gmail.com
2.ชื่อ-สกุล นายมะนาเซ อาแวเตะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058-308 โทรศัพท์มือถือ : 088-7815868
E-mail : matnasey@gmail.com

Functional based

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดนราธิวาส
ระดับการแสดงผล	ระดับโรงพยาบาล
ตัวชี้วัด	44.โรงพยาบาลระดับ S M F ใช้ Thairefer 100%
คำนิยาม	Thaireferเป็นโปรแกรมที่ใช้งานออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต โดยจะเชื่อมต่อกับข้อมูลของสถานพยาบาล ข้อมูลจะส่งมายังโรงพยาบาลปลายทางอัตโนมัติเพื่อวางแผนรองรับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่องในการดูแลแบบไร้รอยต่อเป็นโปรแกรมที่ใช้งานง่าย มีสีเขียวแสดงระดับความฉุกเฉินและยังเชื่อมต่อได้หลายโปรแกรม เช่น HOSxp เป็นต้น การใช้โปรแกรมThairefer100% : โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนราธิวาส ทุกระดับ S M F ให้ดำเนินการใช้งานระบบโปรแกรม Thairefer เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วยมีความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด
	ใช้ Thairefer 100% ทุกโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ (Seamless Refer) 2.โรงพยาบาลปลายทางสามารถวางแผนรับผู้ป่วยจากต้นทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3.เพื่อประเมินคุณภาพการส่งต่อ/ระหว่างส่งต่อ และนำข้อมูลคุณภาพมาวิเคราะห์ผลย้อนหลังได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทุกราย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานของโปรแกรมThairefer
แหล่งข้อมูล	จำนวนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในการส่งต่อด้วยโปรแกรม Thairefer
รายการข้อมูล 1	A= ผู้ป่วยที่ส่งต่อ Refer out ทั้งหมด ทั้งในและนอก ข้อมูลจาก HIS
รายการข้อมูล 2	B= ผู้ป่วยที่ส่งต่อ Refer out ทั้งหมด ทั้งในและนอก ข้อมูลจาก Thairefer
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	หกเดือน/1 ครั้ง
กระบวนการดำเนินงาน 1.จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล 2.นักวิชาการคอมพิวเตอร์ให้คำปรึกษา และแก้ปัญหาเกี่ยวกับโปรแกรมthaireferได้อย่างรวดเร็วเมื่อโปรแกรมมีปัญหา 3.แผนก ER ใช้งานโปรแกรมThairefer100% 4.ทุกแผนกใช้งานโปรแกรมThairefer100% 5.มีการสรุปผลการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้งานโปรแกรม Thairefer	

เกณฑ์การประเมินปี 2565:					
กุมภาพันธ์-กันยายน2565					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
กระบวนการ 1	กระบวนการ 1-2	กระบวนการ1-3	กระบวนการ 4	กระบวนการ 5	
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	ระบบโปรแกรม Thairefer และ HosXP				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2561	2562	2563
	การใช้งานระบบโปรแกรม Thairefer ในการส่งต่อ ผู้ป่วยฯ	หน่วย	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด					
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	งานพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสุพมา นิลรัตน์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0 7353 2058 โทรศัพท์มือถือ E-mail: 3.นายมุฮัมมัด เงาะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 0 7353 2058 โทรศัพท์มือถือ 086-7528085 E-mail: ayeengoht@yahoo.co.th				

หมวด	ยุทธศาสตร์ SI.3 พัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การจัดการความรู้ และระบบการเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารให้มีประสิทธิภาพ			
แผนที่	การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ			
โครงการที่	1.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	45.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน HIS Gateway			
คำนิยาม	ศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่บริหารจัดการจากศูนย์กลางให้มีมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และมีความพร้อมใช้ให้บริการแก่เจ้าของข้อมูลในรูปแบบของ PHR (Personal Health Record) และความรู้สุขภาพเฉพาะบุคคล (Personal Health Literacy) และพร้อมให้บริการข้อมูลแก่หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพชีวิตและสุขภาพของเจ้าของข้อมูล และเพื่อประโยชน์แก่วงการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย การใช้บริการศูนย์ข้อมูลกลางด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูลตามชุดข้อมูลที่กำหนด ระหว่างกันได้สำเร็จผ่านHIS Gateway และจังหวัดมีมาตรการในการกำกับดูแลด้านธรรมาภิบาล มีการแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย กำกับติดตามด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) การใช้ประโยชน์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลภายใต้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การรับส่งข้อมูลตามมาตรฐานที่ตกลงร่วมกัน และการนำข้อมูลสุขภาพไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการแก่ประชาชนในรูปแบบต่างๆ (Data Governance)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
		ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
		-	-	ร้อยละ60
				ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีความพร้อมในการให้บริการข้อมูลสุขภาพแก่ผู้รับบริการที่เป็นเจ้าของข้อมูลได้อย่างไร้รอยต่อ 2. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพของตนเองได้อย่างสะดวก รวดเร็ว 3. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการดูแลรักษาความปลอดภัยข้อมูลสุขภาพอย่างมีธรรมาภิบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพ 2. โรงพยาบาลที่มีการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จะถูกบันทึกข้อมูลความสำเร็จในเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (Server)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล 1	A = ช่วงเวลาที่มีการรับส่งข้อมูลผ่าน HIS Gatewayจริง
รายการข้อมูล 2	B = ช่วงเวลาที่มีการเชื่อมต่อ HIS Gatewayทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของการดำเนินงาน HIS Gateway = $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน ปี 2565 :

ตุลาคม 2564-กุมภาพันธ์ 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีการแต่งตั้ง คณะทำงาน ธรรมาภิบาล ด้านข้อมูลและ เทคโนโลยีสุขภาพ และมีผลการ รับ-ส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway ร้อยละ 20	มีการเชื่อมโยงและมี การรับส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 30	มีการเชื่อมโยงและมี การรับส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 40	มีการเชื่อมโยงและ มีการรับส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 50	มีการเชื่อมโยงและ มีการรับส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 60

ที่มีผลการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway

มีนาคม - กันยายน 2565

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
มีการแต่งตั้ง คณะทำงาน ธรรมาภิบาล ด้านข้อมูลและ เทคโนโลยีสุขภาพ และมีผลการ รับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway ร้อยละ 60	มีการเชื่อมโยงและ มีการรับส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 70	มีการเชื่อมโยงและมี การรับส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 80	มีการเชื่อมโยงและ มีการรับส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 90	มีการเชื่อมโยงและ มีการรับส่งข้อมูล ผ่าน HIS Gateway จริง ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :	1. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบสำเนาคำสั่งที่ได้รับ				
	2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบ Log Server ที่มีการรับ-ส่งข้อมูลผ่าน HIS Gateway				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการติดตั้งและทดสอบ HIS Gateway http://hisgateway.moph.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	-	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นายมะนาเซ อาแวเตะ				

หมวด	4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2 โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	46.ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง
คำนิยาม	แผนเงินบำรุง หมายถึง ข้อมูลด้านการเงินของหน่วยบริการ ทั้งที่เกี่ยวกับรายการรายได้และค่าใช้จ่าย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการว่า ณ ปัจจุบันผลการดำเนินงาน ของหน่วยบริการมีเงินสดคงเหลือจำนวนเท่าใด รายได้ปัจจุบันและที่คาดว่าจะได้รับเท่าใด ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ณ ปัจจุบัน และเจ้าหน้าที่สุทธิตามเปรียบเทียบกัน เพื่อวางแผนการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ ให้มีประสิทธิภาพ ไม่เสี่ยงต่อการขาดสภาพคล่องของหน่วยบริการ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยบริการใช้จ่ายเงินเป็นไปตามแผนเงินบำรุง ตามระเบียบที่กำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ หรือมอบหมายหน้าที่ในการจัดทำแผนเงินบำรุง 2.กระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง (Flow Chart) 3.จัดทำแผนเงินบำรุงและได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุข 4..รายงานการประชุม ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง และรายงานให้ผู้บริหารรับทราบ 5.แบบประเมินประสิทธิภาพของแผน-ผลเงินบำรุง กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	1.โรงพยาบาล 13 แห่ง 2.แบบประเมินประสิทธิภาพของแผน-ผลเงินบำรุง กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนหน่วยบริการที่ใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงมีประสิทธิภาพ
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1-4

เกณฑ์การประเมิน :

ประเมิน 5 ระดับดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	-มีคำสั่งคณะกรรมการ หรือมอบหมายหน้าที่ในการจัดทำแผนเงินบำรุง -มีกระบวนการจัดทำแผนเงินบำรุง (Flow Chart)	1
2	จัดทำแผนเงินบำรุงและได้รับการอนุมัติจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	2
3	-ประชุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินบำรุง -มีรายงานการประชุมและรายงานให้ผู้บริหารรับทราบ	3
4	มีกระบวนการประเมินประสิทธิภาพของแผน-ผลเงินบำรุงเป็นไปตาม กฎหมาย ระเบียบที่กำหนด	4
5	ประสิทธิภาพการใช้จ่ายเงินบำรุงตามแผน ผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ 80	5

วิธีการประเมินผล รอบที่ 1	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ
	1	1-2	1-3	1-4	1-5
รอบที่ 2	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	≤50	51-60	61-70	71-80	> 80

เอกสารสนับสนุน	เว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (hfo65.in.th)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	ประสิทธิภาพด้านการใช้ จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุง > ร้อยละ 80	แห่ง	NA	NA	NA

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 289 5488 E-mail: tay.15tay@gmail.com 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทร 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com
หมวด	4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนที่	13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	2 โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	47.ระดับความสำเร็จประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
คำนิยาม	ผลการประเมินคัดกรองแบบ FEED (Financial Early Evaluation Detection) คือการคัดกรองจาก NI, Cash และ Planfin หากผลข้อใดข้อหนึ่งไม่ผ่าน จะเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบประสิทธิภาพ ดังนี้ 1.ประสิทธิภาพการทำการกำไร (Operating Margin) 2.อัตราผลตอบแทนจาก สินทรัพย์ (Return on Asset) 3.ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้การค่าประเภทยา เวชภัณฑ์มีไย่ฯฯ (Average payment Period) 4.การบริหารสินค้าคงคลัง ประเภทยา (Inventory Management) ≤ 60 วัน 5.Quick Method 6.อัตราครองเตียง 7.SumAdj RW การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ประกอบด้วย 7 ข้อ ดังนี้ 1.การบริหารแผน Planfin ไม่เกิน $\pm 5\%$ (2 คะแนน) 2.การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (3 คะแนน) 3.การบริหารต้นทุน Unit Cost ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. (2 คะแนน) 4.คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (1 คะแนน) 5.Productivity ที่ยอมรับได้ (2 คะแนน) 6.ความสามารถในการทำการกำไร (3 คะแนน) 7.วัดสภาพคล่องทางการเงิน (2 คะแนน)
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการ การเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ CFO ของหน่วยบริการ 2.รายงานการประชุม ติดตาม กำกับรายได้ไตรมาส 3.เว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (hfo65.cfo.in.th)
แหล่งข้อมูล	1.โรงพยาบาล 13 แห่ง 2.เว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (hfo65.cfo.in.th)
รายการข้อมูล 1	-
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1-4

เกณฑ์การประเมิน :
ประเมิน 5 ระดับดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีคำสั่งคณะกรรมการ CFO ระดับหน่วยบริการ	1
2	ประชุม ติดตาม กำกับ รายไตรมาส	2
3	ประเมินผลตามแบบคัดกรอง FEED	3
4	ประเมินประสิทธิภาพของแผนรายได้หรือค่าใช้จ่ายไม่เกินร้อยละ ± 5	4
5	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ TPS ไม่ต่ำกว่าระดับ C	5

วิธีการประเมินผล						
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	
	1	1-2	1-3	1-4	1-5	
เอกสารสนับสนุน	เว็บไซต์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (hfo65.in.th)					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
				2562	2563	2564
	ระดับความสำเร็จ ประสิทธิภาพบริหาร การเงินการคลัง		แห่ง	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสาวรัชตา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 289 5488 E-mail: tay.15tay@gmail.com 2.นางสาวรัชตา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทร 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com					

หมวด	4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)																			
แผนที่	13 การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ																			
โครงการที่	2 โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง																			
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ																			
ชื่อตัวชี้วัด	48.หน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก																			
คำนิยาม	การมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพที่ดำเนินการตามมาตรการ 4S 4C ดังนี้ 1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) 2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) 3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. 4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) 5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) 6.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน 7.Account มีการส่งข้อมูลการเบิกจ่ายให้กับหน่วยงานต้นเวลาตามที่กำหนด หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade</th><th>ระดับ</th><th>ช่วงคะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td><td>ดีมาก</td><td>91-100</td></tr> <tr> <td>B</td><td>ดี</td><td>81-90</td></tr> <tr> <td>C</td><td>ปานกลาง</td><td>61-80</td></tr> <tr> <td>D</td><td>พอใจ</td><td>51-60</td></tr> <tr> <td>F</td><td>ปรับปรุง</td><td>≤ 50</td></tr> </tbody> </table>		Grade	ระดับ	ช่วงคะแนน	A	ดีมาก	91-100	B	ดี	81-90	C	ปานกลาง	61-80	D	พอใจ	51-60	F	ปรับปรุง	≤ 50
Grade	ระดับ	ช่วงคะแนน																		
A	ดีมาก	91-100																		
B	ดี	81-90																		
C	ปานกลาง	61-80																		
D	พอใจ	51-60																		
F	ปรับปรุง	≤ 50																		
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100																			
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ที่มีคุณภาพและดำเนินการตามมาตรการ 4S 4C																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้ 2.รายงานการประชุม ติดตาม กำกับรายได้ไตรมาส 3.แบบประเมินตามมาตรการ 4S 4C																			
แหล่งข้อมูล	1.โรงพยาบาล 13 แห่ง 2.แบบประเมินตามมาตรการ 4S 4C กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ																			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนหน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก																			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนหน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ทั้งหมด																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$																			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1-4																			

เกณฑ์การประเมิน :

ประเมิน 5 ระดับดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีศูนย์จัดเก็บรายได้และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้	1
2	ประชุม ติดตาม กำกับ รายไตรมาส	2
3	หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้ดำเนินการตามมาตรการ 4S 4C	3
4	หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี	4
5	หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดีมาก	5

วิธีการประเมินผล	รอบที่ 1				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ	กระบวนการ
	1	1-2	1-3	1-4	1-5
รอบที่ 2					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	≤50	51-60	61-80	81-90	91-100
เอกสารสนับสนุน	แบบประเมินตามมาตรการ 4S 4C กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
			2562	2563	2564
	หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับดีและดีมาก ร้อยละ100	ร้อยละ	NA	NA	88.89
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087 289 5488 E-mail: tay.15tay@gmail.com 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทร 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com				

หมวด	1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	อำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	49.ร้อยละของเด็กอายุ 3 ได้รับการตรวจสถานะฟัน และปราศจากโรคฟันผุ ในฟันน้ำนม (caries free)
คำนิยาม	เด็กอายุ 3 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ 3 ปี 11 เดือน 29 วันในเขตความรับผิดชอบ ปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนม (caries free) หมายถึง เด็กที่มีอายุ 3 ปี-3 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการตรวจ พบว่า มีฟันขึ้นในช่องปาก มีการตรวจโดยทันตบุคลากร แล้วพบว่าฟันน้ำนมไม่มีประสบการณ์ในการเกิดฟันผุ (sound) โดยกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัย ได้แก่ การตรวจสถานะฟัน การประเมินความเสี่ยง การทาฟลูออไรด์วานิชป้องกันฟันผุ การใช้วิตามินดีไปโอดิกส์ในการป้องกันฟันผุ และการแปรงฟันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง
เกณฑ์เป้าหมาย	ครอบคลุมการตรวจร้อยละ 50 และมีผู้ปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นร้อยละ 3 จากปีที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก และลดอัตราการเกิดฟันผุในเด็กปฐมวัย และส่งต่อการลดฟันผุสู่ผู้ต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 3 ปี—3ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการในหน่วยบริการ (คนไทยทุกสิทธิ) Person Type Area (“1”, “3”) และ Person Discharge = “9” ยังมีชีวิตอยู่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จากระบบ HDC หรือ ระบบ OP PP Individual (กรณีไม่สามารถใช้ข้อมูลจากฐาน HDC ได้)
รายการข้อมูล 1	A = เด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ลงแฟ้ม dental)
เงื่อนไขรายการข้อมูล 1	เด็กอายุ 3 ปี-3ปี 11 เดือน 29 วัน ตรวจโดยทันตบุคลากร และ DTEETH 1 ถึง 20
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็ก 3 ปีทั้งหมด
เงื่อนไขรายการข้อมูล 2	เด็กอายุ 3 ปี-3ปี 11 เดือน 29 วัน ที่หน่วยบริการมีการ update person เป็นปัจจุบัน
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนเด็ก 3 ปี ที่ปราศจากฟันน้ำนมผุ
เงื่อนไขรายการข้อมูล 3	เด็กอายุ 3 ปี-3ปี 11 เดือน 29 วัน ที่ได้รับการตรวจและฟันน้ำนมไม่ผุ = จำนวนเด็กที่ได้รับการตรวจ – จำนวนเด็กที่มีฟันน้ำนมผุ (จากรายงาน HDC)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.(A/B) X 100 (การตรวจ) 2.(C/A) X 100 (เด็กปราศจากฟันผุ)

ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)				
เกณฑ์การประเมิน :ร้อยละของเด็กอายุ 3 ได้รับการตรวจสภาวะฟัน (ร้อยละ 50)					
ตุลาคม-มีนาคม					
1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	
≤ร้อยละ15	ร้อยละ 16-20	ร้อยละ21 -25	ร้อยละ 26-30	≥ร้อยละ 31	
ตุลาคม –กันยายน					
1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน	
≤ร้อยละ 35	ร้อยละ 36-40	ร้อยละ 41-45	ร้อยละ46-50	≥ร้อยละ 51	
ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนม (caries free) เพิ่มขึ้นร้อยละ 3					
ตุลาคม –กันยายน					
1คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5 คะแนน	
≤ร้อยละ 1	ร้อยละ 2	ร้อยละ 3	ร้อยละ4	≥ร้อยละ 5	
วิธีการประเมินผล					
		เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน					
		-			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2562	2564
		ร้อยละของเด็กอายุ 3 ได้รับการตรวจสภาวะฟัน	ร้อยละ	39.64	36.29
		ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปราศจากโรคฟันผุในฟันน้ำนม	ร้อยละ	44.76	46.91
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นายทรงศิน ลีวัฒนากกร ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์มือถือ E-mail: dental.narassj@gmail.com 2.นางรุชละ บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์มือถือ 0860319603 E-mail: dental.narassj@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		นางรุชละ บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์มือถือ 0860319603 E-mail: dental.narassj@gmail.com			

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ/จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	50.ร้อยละสูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ณ วันที่ 1 มกราคม ติดบ้าน หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ทำให้มีข้อจำกัดช่วยเหลือ ตนเองได้ไม่เต็มที่ที่ต้องการผู้ดูแลหรือคนช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน ติดเตียง หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ทำให้ความพิการ และจำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง หรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้าน จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจประเมินสภาวะสุขภาพช่องปากและวางแผนการรักษาทั้งปาก โดยทันตบุคลากร
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทันตกรรมของผู้สูงอายุ และวางแผนการดูแลส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ติดบ้าน ติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูล 43 แฟ้มจากระบบ HDC
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เป็นภาพรวมอำเภอ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->ข้อ 17.26 ->คอลัมน์A
รายการข้อมูลที่ 2	จำนวนผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ติดบ้าน ติดเตียง เป็นภาพรวมอำเภอ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->ข้อ 17.26 ->คอลัมน์B
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล 1/รายการข้อมูล 2 x 100
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (เดือนตุลาคม 2564 – เดือนมีนาคม 2565) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เดือนเมษายน – เดือนกันยายน 2565)

เกณฑ์การประเมินผล	ตุลาคม-มีนาคม				
	1คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5 คะแนน
	≤ร้อยละ5	ร้อยละ 6-10	ร้อยละ11-15	ร้อยละ 16-20	>ร้อยละ 20
	ตุลาคม –กันยายน				
	1คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4คะแนน	5 คะแนน
	≤ร้อยละ25	ร้อยละ 26-30	ร้อยละ31-35	ร้อยละ 36-40	>ร้อยละ 41
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
ร้อยละสูงอายุ ที่ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		ร้อยละ	2562	2563	2564
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางรุชหละ บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์มือถือ 0860319603 E-mail: dental.narassj@gmail.com				

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ/จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	51.ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม			
คำนิยาม	เด็ก หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 12 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 12 ปี 11 เดือน 29 วัน) ได้รับการทันตกรรม หมายถึง การได้รับการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรม ป้องกัน บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ทั้งในหน่วยบริการ และบริการเชิงรุกในชุมชนของเด็กอายุ 6-12 ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย				
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรมในเด็กอายุ 6-12 ปี 2. เพื่อเพิ่มอัตราฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ในเด็กอายุ 6-12 ปี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-12 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา ทุกสังกัด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปีที่ได้รับการทันตกรรมในเขตที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมอำเภอ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->17.13. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมน์A เป็นภาพรวมอำเภอ			
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปีในเขตที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมอำเภอ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน ->ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ->17.13. OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ->คอลัมน์B เป็นภาพรวมอำเภอ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100$			
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ 1 : ตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 รอบที่ 2 : ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565			

เกณฑ์การประเมินผล	เกณฑ์การประเมิน :ปี 2565:				
	ตุลาคม 2564 – มีนาคม 2565				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	≤ร้อยละ25	ร้อยละ 26-30	ร้อยละ31 -35	ร้อยละ 36-40	>ร้อยละ 40
	ตุลาคม 2564 – กันยายน 2565				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	≤ร้อยละ65	ร้อยละ 66-70	ร้อยละ71 -75	ร้อยละ 76-80	>ร้อยละ 80
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2562	2563	2564
ร้อยละเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม		ร้อยละ	61.58	69.60	67.78
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางจุฬารัตน์ ตันภักทรสรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 08-56740855 E- mail :dental.narassj@gmail.com				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	2.โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มแม่และเด็ก			
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	52.ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี			
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไปต่อจำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท			
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 13			
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูลที่เป็นการตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยเรื่องการคลอด และการแท้งในสถานบริการสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	จากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตรจากแม่ Labor โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด BDATE (LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง <20 ปี - เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป GRAVIDA ≥2 นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (ตัดความซ้ำซ้อนด้วย CID + BDATE			
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตรจากแม่ LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุน้อยกว่า 20 ๖ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด BDATE (LABOR) – BIRTH(PERSON) ปีเศษลง <20 ปี			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน : ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	ไม่เกินร้อยละ 13	ไม่เกินร้อยละ 13	ไม่เกินร้อยละ 13	ไม่เกินร้อยละ 13

วิธีการประเมินผล	ใช้ข้อมูลจากข้อมูลในระบบ Health Data Center(HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก 1 เดือน				
เอกสารสนับสนุน	ฐานข้อมูลในระบบ Health Data Center(HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการ ตั้งครรภ์ซ้ำใน หญิงอายุ น้อยกว่า 20 ปี	ร้อยละ	18.13	17.58	21.61
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 ต่อ 306 โทรศัพท์มือถือ 081 540 6163 E-mail: hpshcool.nara@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 ต่อ 306 โทรศัพท์มือถือ 081 540 6163 E-mail: hpshcool.nara@gmail.com				

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ			
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	โครงการยกระดับมาตรฐานสุขศึกษาในโรงพยาบาล จังหวัดนราธิวาส ปี 2565			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	53.ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานสุขศึกษา			
คำนิยาม	ระบบงานสุขศึกษา หมายถึง กรอบแนวทางในการดำเนินงานและวัดความสำเร็จของงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีความชัดเจนทั้งเรื่องของปัจจัยนำเข้า/สิ่งสนับสนุน กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ ซึ่งต้องมีการใช้องค์ความรู้ในหลายๆด้านในการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาครอบคลุมทั้งในส่วนของงานบริการที่จะส่งมอบให้กับประชาชนเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี และการพัฒนาบุคลากรของสถานบริการสุขภาพให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ และสามารถสร้างผลงานให้เป็นที่ประจักษ์และพัฒนาต่อยอดได้ในอนาคต งานสุขศึกษาจึงเป็นมาตรฐานเชิงระบบที่ครอบคลุมการบริหารจัดการองค์กร สนับสนุนให้เกิดกระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลให้ได้ผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาส การเรียนรู้ และพัฒนาทักษะด้านสุขภาพ รวมถึงปัจจัยอื่นๆ เกี่ยวกับสถานะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ อันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66
	-	-	ร้อยละ80	ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	โรงพยาบาลได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานสุขศึกษาระดับคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการประเมินผ่านมาตรฐานสุขศึกษาระดับพื้นฐาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมดภายในสังกัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุข= (A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6เดือน และ รอบ 12เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2565

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1.รพท./รพช./รพ.สต. ประเมินตนเองใน โปรแกรม ของกองสุศึกษา 2.รพท./รพช./รพ.สต. มีแผนการพัฒนาและ วางแผนแก้ปัญหา ตามส่วนขาด	3.รพท./รพช./รพ.สต. รพ.สต.ดำเนินการตาม แผนงาน/โครงการ 4.รพท./รพช./รพ.สต. รพ.สต.ได้รับการเยี่ยม เสริมพลังจากกรรมการ ระดับอำเภอ/โซน	5.คณะกรรมการระดับ จังหวัดเยี่ยมประเมินผล การดำเนินงาน ครบ 13 อำเภอ (RANKING)	6.รพท./รพช./รพ.สต. รพ.สต.ประเมินตนเอง เมื่อสิ้นสุดแผนงาน/ โครงการ 7.สรุปรายงานผลการ ยกระดับรพท./รพช./ รพ.สต. รพ.สต. รพ.สต.
ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน		
1	รพท./รพช./รพ.สต. รพ.สต.มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานงานสุศึกษา ในเว็บไซต์ของกองสุศึกษา		
2	รพท./รพช./รพ.สต. รพ.สต.มีการวิเคราะห์และวางแผนพัฒนา		
3	รพท./รพช./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุศึกษา ระดับพัฒนา -มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับพัฒนา -มีโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับพัฒนา		
4	รพท./รพช./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุศึกษา ระดับพัฒนา -มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับดี -มีโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดี		
5	รพท./รพช./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุศึกษา ระดับคุณภาพ -มีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับดีมาก/ดีเยี่ยม -มีโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดีมาก/ดีเยี่ยม		
วิธีการประเมินผล :	สรุปรายงานจากโปรแกรม กองสุศึกษา		
เอกสารสนับสนุน :	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา (กองสุศึกษา)		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุศึกษา จำแนกเป็น 3 หมวด 23 เกณฑ์ ดังนี้ หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ มี 1 เกณฑ์ หมวดที่ 2 กระบวนการสุศึกษา มี 18 เกณฑ์ หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานสุศึกษา และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ มี 4 เกณฑ์ เกณฑ์การประเมินผลงาน ระดับพื้นฐานผลการประเมิน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับพัฒนาผลการประเมิน ร้อยละ 60ถึงน้อยกว่าร้อยละ 80 ระดับคุณภาพผลการประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป		

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นายมะรีเพ็ง หะยีสและ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058-308 โทรศัพท์มือถือ : 081-8973730 E-mail :bparifin900@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.ชื่อ-สกุล นายมะรีเพ็ง หะยีสและ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058-308 โทรศัพท์มือถือ : 081-8973730 E-mail :bparifin900@gmail.com

หมวด	4 ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11 การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2 โครงการพัฒนางานองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	ระดับ คปสอ.
ชื่อตัวชี้วัด	54.ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
คำนิยาม	แผนยุทธศาสตร์ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจและภารกิจ (Mission) ให้สัมฤทธิ์ผลตามวิสัยทัศน์ (Vision) และเป้าประสงค์ของหน่วยงาน (Corporate Goal) อันเป็นผลผลิตทางความคิดร่วมกันของสมาชิกในหน่วยงานที่ได้ทำงานร่วมกันหรือจะทำงานร่วมกัน โดยวิสัยทัศน์นี้เป็นความเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นจุดหมายปลายทางที่หน่วยงานประสงค์จะไปให้ถึง และมีการแปลงออกมาเป็น วัตถุประสงค์ (Objective) ที่เป็นรูปธรรม และสามารถวัดได้ แผนปฏิบัติการ หมายถึง การเชื่อมโยงเป้าประสงค์ และยุทธศาสตร์ ไปสู่เป้าหมาย (Target) ในรูปของแผนงาน/โครงการ แบบบูรณาการ กำหนดผู้รับผิดชอบ กิจกรรม หรือ ขั้นตอน ระยะเวลาดำเนินการปัจจัยนำเข้าที่ต้องการ เช่น งบประมาณ เป็นต้น การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ หมายถึง การนำยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ ไปแปลงเป็น แผนงาน/โครงการ ที่สามารถปฏิบัติให้บังเกิดผล ได้อย่างเป็นรูปธรรม
เกณฑ์เป้าหมาย	-
วัตถุประสงค์	เพื่อนำแผนยุทธศาสตร์ ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมสามารถประเมินผลสัมฤทธิ์ของแผน ตามตัวชี้วัดและเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับ คปสอ. ประกอบด้วย โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประชุมระดมความคิดเห็น และการจัดทำแผนงาน/โครงการ
แหล่งข้อมูล	-
รายการข้อมูล 1	-
รายการข้อมูล 2	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมิน :

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5
1 คะแนน	/				
2 คะแนน	/	/			
3 คะแนน	/	/	/		
4 คะแนน	/	/	/	/	
5 คะแนน	/	/	/	/	/

ขั้นตอน

1. มีการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ต่อหน่วยงานในสังกัด และบุคลากรในองค์กร
2. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และปัญหาพื้นที่ เพื่อเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ
3. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ตามนโยบายและปัญหาพื้นที่
4. มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนด
5. มีการควบคุม ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

วิธีการประเมินผล	ขั้นตอนการดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน	- แผนยุทธศาสตร์ หรือแผนปฏิบัติการ - แผนงาน/โครงการ - รายงานการประชุม - การนิเทศงาน - รายงานผลการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางศศิกานต์ นิเฮาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.นราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางศศิกานต์ นิเฮาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผนที่	ป้องกันและควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	อำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	55.ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน			
คำนิยาม	ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน			
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 100			
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรกลุ่มเป้าหมาย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด หมายเหตุ:ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง(typearea1) ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea3)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2.กรณีวัดความดันที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud			
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
รายการข้อมูล 1	A=ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานในปีงบประมาณ			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×100			
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน (ต.ค. 64 – ก.ย. 65)			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2565 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 100	

วิธีการประเมินผล	คิดจาก 43 แฟ้ม แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณ ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ 60 ปีขึ้นไป หมายเหตุ A:ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบสถานบุคคล typearea1 (ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), typearea3 (ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDSCREEN.BSLEVEL>=50 mg/dl B:ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบสถานบุคคล typearea1 (ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), typearea3 (ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE=9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน																			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง																				
1 คะแนน 1.มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย 2.มีการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 30	2 คะแนน -มีผลการดำเนินงานในระดับ 1 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 50	3 คะแนน -มีผลการดำเนินงานในระดับ 2 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 60	4 คะแนน -มีผลการดำเนินงานในระดับ 3 คะแนน และ เพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 80	5 คะแนน -มีผลการดำเนินงานในระดับ 4 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 100																
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="443 1379 804 1509">Baseline data</th><th data-bbox="804 1379 938 1509">หน่วยวัด</th><th colspan="3" data-bbox="938 1379 1378 1464">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <td data-bbox="443 1464 804 1509"></td><td data-bbox="804 1464 938 1509"></td><td data-bbox="938 1464 1088 1509">2562</td><td data-bbox="1088 1464 1222 1509">2563</td><td data-bbox="1222 1464 1378 1509">2564</td></tr> <tr> <td data-bbox="443 1509 804 1682">ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน</td><td data-bbox="804 1509 938 1682">ร้อยละ</td><td data-bbox="938 1509 1088 1682">93.06</td><td data-bbox="1088 1509 1222 1682">92.11</td><td data-bbox="1222 1509 1378 1682">92.80 (ที่มา HDC วันที่ 15 พ.ย. 64)</td></tr> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2562	2563	2564	ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ	93.06	92.11	92.80 (ที่มา HDC วันที่ 15 พ.ย. 64)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
		2562	2563	2564																
ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ	93.06	92.11	92.80 (ที่มา HDC วันที่ 15 พ.ย. 64)																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.co																			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.co																			

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนที่	ป้องกันและควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
โครงการที่	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
ระดับการแสดงผล	อำเภอ		
ชื่อตัวชี้วัด	56.ร้อยละประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง		
คำนิยาม	ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 100		
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองความดันโลหิตในประชากรกลุ่มเป้าหมาย		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด หมายเหตุ:ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง(typearea1) ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต(typearea3)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 2.กรณีวัดความดันที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud		
แหล่งข้อมูล	จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม		
รายการข้อมูล 1	A=ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง		
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)×100		
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน(ต.ค. 64 – ก.ย. 65)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2565 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล	คิดจาก 43 แพ้ม แพ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย(คำนวณ ณ วันที่ 1 ม.ค. ของปีงบประมาณ ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายเหตุ A:ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบสถานะบุคคล typearea1 (ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), typearea3(ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต จากแฟ้ม NCDSCREEN.SBP_1>50 mmhg, แฟ้ม NCDSCREEN.DBP_1>50 mmhg. ความดันโลหิต B::ประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไปสัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบสถานะบุคคล typearea1 (ผู้ที่มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), typearea3(ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE=9 (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565 : รอบ 6 เดือนแรก และ รอบ 6 เดือนหลัง					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 30 2.มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย	-มีผลการดำเนินงานในระดับ 1 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 50	-มีผลการดำเนินงานในระดับ 2 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 60	-มีผลการดำเนินงานในระดับ 3 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 80	-มีผลการดำเนินงานในระดับ 4 คะแนน และเพิ่มเติม ดังนี้ 1.มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเป้าหมาย >ร้อยละ 100	
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	2562	2563	2564
			93.06	91.70	92.35 (ที่มา HDC วันที่ 15 พ.ย. 64)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.co				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์มือถือ : 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.co				

หมวด	Promotion,Prevention& Protection Excellence			
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการที่	ข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต			
ระดับการแสดงผล	อำเภอ			
ชื่อตัวชี้วัด	57.ผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการทางสุขภาพจิต			
คำนิยาม	ผู้สูงอายุหมายถึงจำนวนประชาชนจังหวัดนราธิวาสที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้สูงอายุเข้าถึงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตหมายถึง ประชาชนในอำเภอ ที่ได้รับการดูแลทางสุขภาพจิตตั้งแต่การคัดกรองไปจนถึงการดูแลรักษาตามมาตรฐาน			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพจิต≥ 70			
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองทางสุขภาพจิตและผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรค			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในอำเภอของจังหวัดนราธิวาส			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอในจังหวัดนราธิวาส จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่เข้าถึงบริการสุขภาพจิต			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดนราธิวาส			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100			
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
1.ร้อยละของผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
≥ ร้อยละ 40		≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70
วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565				
เอกสารสนับสนุน	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละของผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต		-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์มือถือ : 086 288 9906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				

หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)												
แผนที่	1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)												
โครงการที่	1. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย												
ระดับการแสดงผล	ระดับ ตำบลอำเภอจังหวัด												
ชื่อตัวชี้วัด	58.ร้อยละของรพ.สต.มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน												
คำนิยาม	คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานหมายถึง มีการจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้ทุกหัวข้อ - มีระบบการคัดกรอง หรือ รับส่งต่อจากระบบการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (communityscreening) - มีการประเมิน วินิจฉัย กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย 2 จาก 9 เรื่อง - มีระบบการดูแลรักษาเบื้องต้นและส่งต่อ กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพ สำคัญของสูงอายุ อย่างน้อย 2 จาก 9 เรื่องไปยังคลินิกผู้สูงอายุของ รพ.เหนือขึ้นไป - มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ และปัญหาสุขภาพสำคัญของสูงอายุไว้ให้พร้อมใช้อ้างอิงใน รพ.สต. - มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษากลุ่มอาการสูงอายุอย่างเหมาะสม กลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุคือ <table><tr><td>1. ด้านความคิดความจำ</td><td>6.ด้านภาวะซึมเศร้า</td></tr><tr><td>2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย</td><td>7. ด้านการกลืนปัสสาวะ</td></tr><tr><td>3. ด้านการขาดสารอาหาร</td><td>8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)</td></tr><tr><td>4. ด้านการมองเห็น</td><td>9. ด้านช่องปาก</td></tr><tr><td>5. ด้านการได้ยิน</td><td></td></tr></table> การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษาเบื้องต้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง และมีการส่งต่อให้ รพ.เหนือขึ้นไป กรณีเกินศักยภาพของ รพ.สต. หรือส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัยในกรณีที่แพทย์ลงตรวจในพื้นที่ และมีทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงในคลินิก			1. ด้านความคิดความจำ	6.ด้านภาวะซึมเศร้า	2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	7. ด้านการกลืนปัสสาวะ	3. ด้านการขาดสารอาหาร	8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	4. ด้านการมองเห็น	9. ด้านช่องปาก	5. ด้านการได้ยิน	
1. ด้านความคิดความจำ	6.ด้านภาวะซึมเศร้า												
2. ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย	7. ด้านการกลืนปัสสาวะ												
3. ด้านการขาดสารอาหาร	8. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)												
4. ด้านการมองเห็น	9. ด้านช่องปาก												
5. ด้านการได้ยิน													
เกณฑ์เป้าหมาย													
รายละเอียดตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66										
รพ.สต.มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน	N/A	ร้อยละ 50	ร้อยละ 100										
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ												
	2.ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอ่ง สุขภาพจิต (BMTEC) และสังคมของผู้สูงอายุป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป													

แหล่งข้อมูล	1.Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th) 2.ระบบรายงานของจังหวัด E-mail : agingnara64@gmail.com
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพช./รพ.สต.มีบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน
รายการข้อมูล2	B = จำนวน รพช./รพ.สต.ทั้งหมด
สูตรคำนวณ ระดับพื้นฐาน	ร้อยละของรพ.สต.มีการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน= $(A/B) \times 100$
ระยะเวลาการ ประเมินผล	ประเมินตนเอง ไตรมาสที่ 1– 2 ของปีงบประมาณ

เกณฑ์การประเมิน :

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
การจัดตั้งคลินิก ผู้สูงอายุ ระดับพื้นฐาน	1.รพ.สต.ประเมิน ตนเอง คลินิกผู้สูงอายุ พื้นฐานตามเกณฑ์ กรมการแพทย์ 2.ดำเนินการคลินิก ผู้สูงอายุตามมาตรฐาน กรมการแพทย์ 3.สสอ.ติดตามและ สรุปผลการดำเนินงาน รพช./รพ.สต.ที่มี บริการคลินิกผู้สูงอายุ	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50 และสรุปผลการ ดำเนินงาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562	2563	2564
-	ร้อยละ	-	-	-
เป็นตัวชี้วัดใหม่ ปี 2565				

หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางสาวนาซีเต๊ะ สาและอารง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 085-7867955 E- mail :naseetoh18@gmail.com

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) SI.2 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้คนราธิวาสทุกกลุ่มวัยให้มีสุขภาวะตามบริบทของพื้นที่
แผนที่	1.การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	2.โครงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ระดับการแสดงผล	ระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	59.ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 60
คำนิยาม	1.ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 60ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ไม่จำกัดชนิดวัคซีน อย่างน้อย 2 เข็ม 2. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ หมายถึง ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565 แล้ว 1 เข็ม
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.สำหรับใช้คำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด 2.สำหรับใช้คำนวณความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565 คือผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 65 ปีเต็มขึ้นไป (จากแฟ้ม Personตามอายุ) ทุกคน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1. ประมวลผลจาก จังหวัดนราธิวาส Health care 4.0 http://203.157.235.12/healthcare/index.php 2. https://cvp1.moph.go.th/ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565 1. สถานบริการบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข 2. การประมวลผลข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส https://nwt.hdc.moph.go.th/ 3. การประมวลผลข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข https://hdcservice.moph.go.th/
แหล่งข้อมูล	1. http://203.157.235.12/healthcare/index.php 2. https://cvp1.moph.go.th/ 3. https://nwt.hdc.moph.go.th/ 4. https://hdcservice.moph.go.th/

รายการข้อมูล 1	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 A= จำนวนยอดสะสมของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มที่ 2
รายการข้อมูล 2	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 B = จำนวนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
รายการข้อมูล 3	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565 C = จำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปี
รายการข้อมูล 4	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565 D = จำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป (จากแฟ้ม Person ตามอายุ) ทุกคน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100, (C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รอบที่ 1/2565 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564- 10 มีนาคม 2565 รอบที่ 2/2565 ระหว่างวันที่ 1 เมษายน – 10 กันยายน 2565

เกณฑ์การประเมิน :

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	≤ 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	≥ 60

ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565					
ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี 2565	≤ 29	30 - 39	40 – 49	50 – 59	≥60
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ปีงบประมาณ 2564 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 29.63 (ข้อมูลจาก https://cvp1.moph.go.th/ ณ วันที่ 30 กันยายน 2564) ปีงบประมาณ 2564 ไม่สามารถประมวลผลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ใน HDC ได้ เนื่องจากมีการลงบันทึกข้อมูลผ่านหลายช่องทาง คือ HDC, KTB, FLU excel from				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์มือถือ 093-587-2358 E-mail: Epinara63@gmail.com				

Area based

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่ 1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	หน่วยบริการ
ชื่อตัวชี้วัด	60.ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุด 1 ปี
คำนิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ 1 ปี ได้แก่ วัคซีน BCG, HB, IPV, DTP-HB3, OPV3 และ MMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 78
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม สถานะบุคคล Type area = 1 และ 3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สถานบริการบันทึกข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข 2. การประมวลผลข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส https://nwt.hdc.moph.go.th/ 3. การประมวลผลข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข https://hdcservice.moph.go.th/
แหล่งข้อมูล	1. https://nwt.hdc.moph.go.th/ 2. https://hdcservice.moph.go.th/
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG, HB1, IPV, DTP-HB3, OPV3 และ MMR1
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะบุคคล Type area = 1 และ 3) 1 = มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ (ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
รายการข้อมูล 3	รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ (1) BCG= 010 (2) HB1= 041 (3) DTP-HB3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 093 หรือ มี 2 รหัสพร้อมกัน คือ (033+043) หรือ D23 หรือ 053 หรือ มี 2 รหัสพร้อมกันในแผนและนอกแผน คือ (D13+ 043) หรือ (D33+ 043) หรือ (D43+ 043) (4) OPV3 ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D 33 หรือ D43 หรือ D53

	(5) IPV ได้แก่ รหัสวัคซีน401 หรือ D32 หรือ 042 หรือ D52 หรือ 112					
	(6) MMR1 ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M11					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100					
ระยะเวลาประเมินผล	รายงวด (ไตรมาส)					
เกณฑ์การประเมิน :						
	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุด 1 ปี	<40	40-49	50-59	60-69	≥70
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน	-					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
		2562	2563	2564		
	ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนครบชุด 1 ปี	60.06	59.05	58.81		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์มือถือ 093-587-2358 E-mail:ningninlakan@gmail.com					