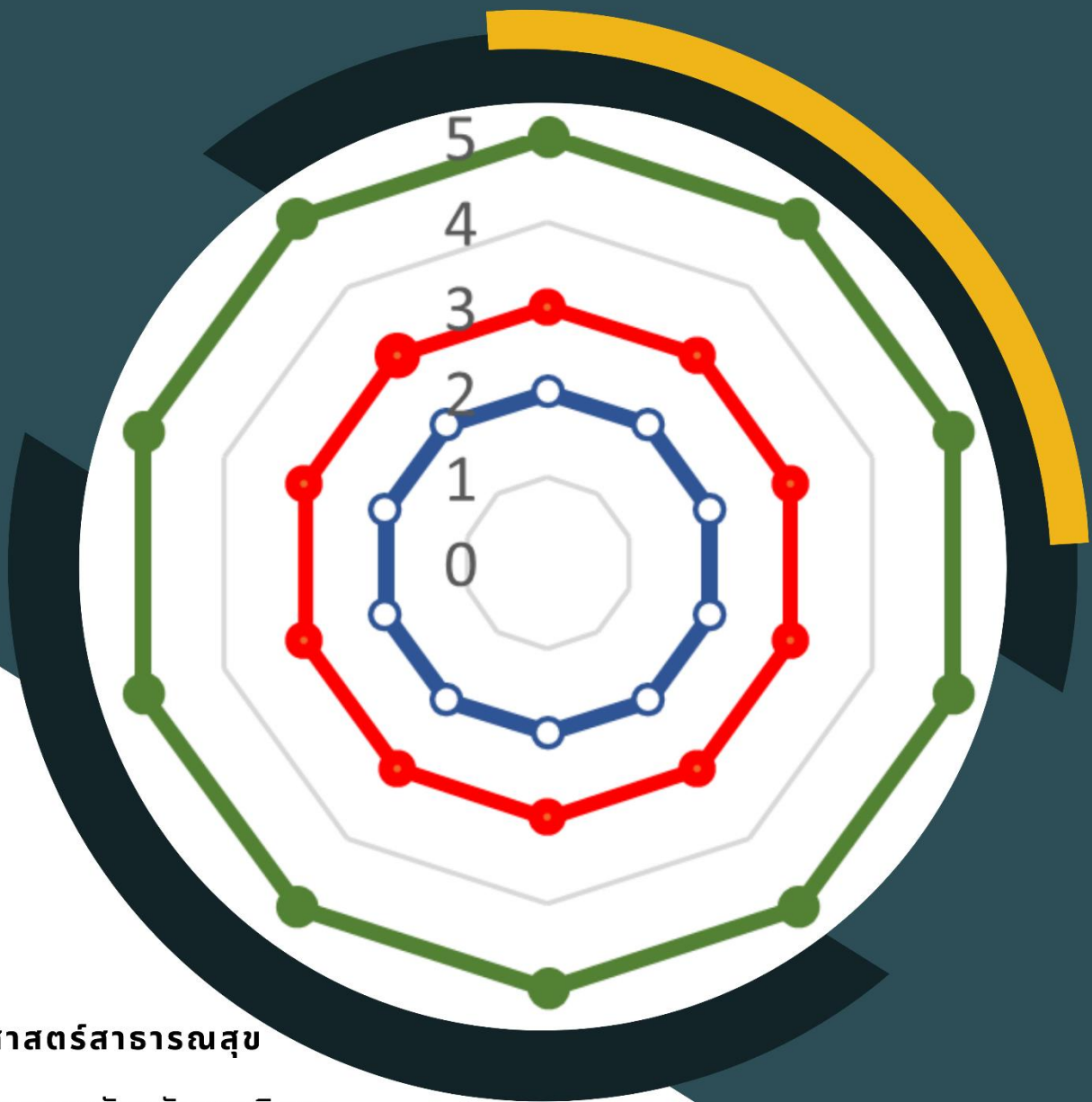




รายละเอียดประเด็น ตัวชี้วัด

การตรวจนิเทศติดตามราชการ

ระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2566



กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

โทร 073 - 532 - 058 ต่อ 302

E - mail : PLANNARA@GMAIL.COM

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแล กำกับ สนับสนุน และประเมินผล การปฏิบัติงานของหน่วยงานใต้สังกัด โดยกำหนดกรอบในการดำเนินงาน เพื่อมุ่งเน้นให้เครือข่ายบริการด้านสุขภาพในจังหวัดนราธิวาส มีการพัฒนาเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถแก้ไขปัญหา และพัฒนางานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของเขตสุขภาพที่ 12 นโยบายของจังหวัด และนโยบายของ สสจ. รวมทั้งปัญหาของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โดยกลุ่มงาน/ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันจัดทำรายละเอียดประเด็น ตัวชี้วัด การตรวจนิเทศติดตามราชการปกติระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 69 ตัวชี้วัด โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริการ จำนวน 24 ตัวชี้วัด 2) ด้านบริหาร จำนวน 19 ตัวชี้วัด 3) ด้าน PP&P จำนวน 15 ตัวชี้วัด และ 4) ด้านโครงการพิเศษ จำนวน 11 ตัวชี้วัด เพื่อการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน พร้อมทั้งรวบรวมและจัดทำเป็นรูปเล่ม เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกัน

ขอขอบคุณ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้ร่วมแรงร่วมใจกัน จัดทำเอกสารฉบับนี้จนสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ ในการดูแลประชาชนให้มีสุขภาพดี อันจะนำไปสู่การพัฒนางาน เพื่อให้เกิดผลงานการมีแบบอย่างที่ดี (Best Practice) และมีการพัฒนางานต่อยอดเกิดวิธี/แนวทางการทำงานใหม่ เกิดเป็นนวัตกรรม ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
เมษายน 2566

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
สารบัญ		ข
ประเด็น และตัวชี้วัด การตรวจนิเทศติดตามราชการปกครองระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2566.....		1
ด้านบริการ		7
ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์	8
ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์	11
ตัวชี้วัดที่ 3	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	14
ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	17
ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละของประชาชนมีหมอบประจำตัว 3 คน	19
ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	21
ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	23
ตัวชี้วัดที่ 8	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	25
ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	28
ตัวชี้วัดที่ 10	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน	30
ตัวชี้วัดที่ 11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	32
ตัวชี้วัดที่ 12	ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	34
ตัวชี้วัดที่ 13	ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	36
ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกแห่งปรับโฉม Smart hospital/ Smart ER/ Modernize OPD/ มีการใช้พลังงานสะอาด	38
ตัวชี้วัดที่ 15	ร้อยละสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตาม นโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	40
ตัวชี้วัดที่ 16	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	43
ตัวชี้วัดที่ 17	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	45
ตัวชี้วัดที่ 18	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วย Fit test	47
ตัวชี้วัดที่ 19	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	49
ตัวชี้วัดที่ 20	ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	51
ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละของผู้ป่วย NCD ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางผ่าน Telemedicine	53
ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละของประชาชนที่มีมารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	58
ตัวชี้วัดที่ 23	ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	63
ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	67

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า	
ด้านบริหาร	70	
ตัวชี้วัดที่ 25	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7	71
ตัวชี้วัดที่ 26	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6	75
ตัวชี้วัดที่ 27	ร้อยละของการกำกับติดตามการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน	79
ตัวชี้วัดที่ 28	ร้อยละการก่อกำหนดผู้กักพันธบัตร	81
ตัวชี้วัดที่ 29	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมครุภัณฑ์	83
ตัวชี้วัดที่ 30	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมสิ่งก่อสร้าง	85
ตัวชี้วัดที่ 31	ร้อยละการเบิกจ่ายงบรายจ่ายประจำ	87
ตัวชี้วัดที่ 32	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นรูปธรรม	90
ตัวชี้วัดที่ 33	ร้อยละจำนวนหน่วยที่มีบริการการแพทย์ทางไกล	92
ตัวชี้วัดที่ 34	ร้อยละจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ที่ใช้ Telemedicine	96
ตัวชี้วัดที่ 35	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ	100
ตัวชี้วัดที่ 36	ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	103
ตัวชี้วัดที่ 37	ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ของหน่วยงาน	106
ตัวชี้วัดที่ 38	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ที่กำหนด	108
ตัวชี้วัดที่ 39	ระดับความสำเร็จในการประเมิน ITA	110
ตัวชี้วัดที่ 40	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	112
ตัวชี้วัดที่ 41	ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการตามนโยบาย 317	115
ตัวชี้วัดที่ 42	ระดับความสำเร็จในการวางแผนเพื่อรองรับการดำเนินงานที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย (Score <3)	117
ตัวชี้วัดที่ 43	ระดับความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการถ่ายโอน	119
ด้าน PP&P	122	
ตัวชี้วัดที่ 44	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	123
ตัวชี้วัดที่ 45	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	126
ตัวชี้วัดที่ 46	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	128
ตัวชี้วัดที่ 47	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	131
ตัวชี้วัดที่ 48	ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	134
ตัวชี้วัดที่ 49	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	137
ตัวชี้วัดที่ 50	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วมี พัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือมาตรฐานอื่น	139
ตัวชี้วัดที่ 51	ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ โดยสถานบริการสาธารณสุข ในที่ทำงาน หรือชุมชน	143
ตัวชี้วัดที่ 52	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607	145

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่ 53	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-45 ปี	147
ตัวชี้วัดที่ 54	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในพื้นที่	149
ตัวชี้วัดที่ 55	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	152
ตัวชี้วัดที่ 56	ร้อยละการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของสถานบริการ	154
ตัวชี้วัดที่ 57	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	157
ตัวชี้วัดที่ 58	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	160
ด้านโครงการพิเศษ		166
ตัวชี้วัดที่ 59	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	167
ตัวชี้วัดที่ 60	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	170
ตัวชี้วัดที่ 61	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	172
ตัวชี้วัดที่ 62	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	174
ตัวชี้วัดที่ 63	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	177
ตัวชี้วัดที่ 64	จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ	180
ตัวชี้วัดที่ 65	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานชราวิวาส สะดวก	183
ตัวชี้วัดที่ 66	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สูงวัยชุมชน	186
ตัวชี้วัดที่ 67	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	188
ตัวชี้วัดที่ 68	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม	190
ตัวชี้วัดที่ 69	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่าง คุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	192

ประเด็น และตัวชี้วัด การตรวจนิเทศติดตามราชการปกครองระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2566

ด้าน	ประเด็น	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ผู้บริหารที่กำกับดูแล	กลุ่มตัวชี้วัด
บริการ 24 ชั่วโมง	Palliative Careรักษาด้วยกัญชา	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	คุ้มครองผู้บริโภคฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	ตรวจราชการ
	ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาด้วยกัญชา	2.ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	คุ้มครองผู้บริโภคฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	ตรวจราชการ
	พชอ.	3.ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย	4.ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	3 หมอ	5.ร้อยละของประชาชนมีหมอประจำตัว 3 คน	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	อัตราการตาย STEMI	6.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	พัฒนาคุณภาพ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	7.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	อัตราการตาย STROKE	8.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	Stroke Unit	9.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มสงสัย DM	10.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มสงสัย HT	11.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ

ด้าน	ประเด็น	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ผู้บริหารที่กำกับดูแล	กลุ่มตัวชี้วัด
บริการ 24 ตัวชี้วัด (ต่อ)	การควบคุม DM	12.ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	การควบคุม HT	13.ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้ดี	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	Smart hospital/ Smart ER/ Modernize OPD/ พลังงานสะอาด	14.ร้อยละของโรงพยาบาลทุกแห่งปรับโฉม Smart hospital/ Smart ER/ Modernize OPD/ มีการใช้พลังงานสะอาด	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	PA กระทรวง
	นโยบาย EMS	15.ร้อยละสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตาม นโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	นโยบายสสจ.
	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	16.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	Colposcopy มะเร็งปากมดลูก	17.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	การคัดกรองมะเร็งลำไส้	18.ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วย Fit test	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	Colposcopy มะเร็งลำไส้	19.ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	มะเร็งช่องปาก	20.ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	ทันตสาธารณสุข	นางอภิญญา ก่อเต็ม	ตรวจราชการ
	Telemedicineกลุ่ม NCD	21.ร้อยละของผู้ป่วย NCD ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางผ่าน Telemedicine	เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	PA เขต
	แพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ	22.ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	แพทย์แผนไทย	ภก.อดุล บินยูโซะ	นโยบายสสจ.
	การดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในผู้ป่วย Intermediate Care	23.ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	แพทย์แผนไทย	ภก.อดุล บินยูโซะ	นโยบายสสจ.
ผู้ป่วยในพระบรม	24.ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์และพระราชานุเคราะห์ที่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	สนับสนุนงานโครงการพระราชดำริ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพชร	นโยบายสสจ.	

ด้าน	ประเด็น	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ผู้บริหารที่กำกับดูแล	กลุ่มตัวชี้วัด
บริหาร 19 ตัวชี้วัด	วิกฤตทางการเงินระดับ 7	25. ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7	ประกันสุขภาพ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	ตรวจราชการ
	วิกฤตทางการเงินระดับ 6	26. ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6	ประกันสุขภาพ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	ตรวจราชการ
	การลงทุนด้วยเงินบำรุง	27. ร้อยละของการกำกับติดตามการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน	ประกันสุขภาพ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	ตรวจราชการ
	การก่อกำหนดผู้ผูกพันค่าเสื่อม	28. ร้อยละการก่อกำหนดผู้ผูกพันค่าเสื่อม	ประกันสุขภาพ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	PA เขต
	การเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมครุภัณฑ์	29. ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมครุภัณฑ์	ประกันสุขภาพ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	PA เขต
	การเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมสิ่งก่อสร้าง	30. ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมสิ่งก่อสร้าง	ประกันสุขภาพ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	PA เขต
	การเบิกจ่ายงบรายจ่ายประจำ	31. ร้อยละการเบิกจ่ายงบรายจ่ายประจำ	บริหารทั่วไป	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพ็ชร	PA เขต
	องค์กรแห่งความสุข	32. ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นรูปธรรม	บริหารทรัพยากรบุคคล	นายคมสัน ทองไกร	นโยบายสสจ.
	การเปิด Telemedicine	33. ร้อยละจำนวนหน่วยที่มีบริการการแพทย์ทางไกล	เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	ตรวจราชการ
	การใช้ Telemedicine	34. ร้อยละจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ที่ใช้ Telemedicine	เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	PA เขต
	PHR บุคลากร	35. ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ	เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	ตรวจราชการ
	PHR ประชาชน	36. ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	เทคโนโลยีสารสนเทศฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	ตรวจราชการ
	การจัดการความรู้	37. ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ของหน่วยงาน	พัฒนาคุณภาพฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	นโยบายสสจ.
	PMQA	38. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ที่กำหนด	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	นโยบายจังหวัด
ITA	39. ระดับความสำเร็จในการประเมิน ITA	กฎหมาย	นพ.สสจ.	นโยบายสสจ.	

ด้าน	ประเด็น	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ผู้บริหารที่กำกับดูแล	กลุ่มตัวชี้วัด
บริหาร	ตรวจสอบและควบคุมภายใน	40. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นราธิวาสผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุม ภายใน	ตรวจสอบและควบคุม ภายใน	นางรอยัน หะยีมะเย็ง	นโยบายสสจ.
	นโยบาย 317	41. ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงานโครงการตาม นโยบาย 317	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ	นางรอยัน หะยีมะเย็ง	นโยบายสสจ.
	แผนงานรองรับ ปี 67	42. ระดับความสำเร็จในการวางแผนเพื่อรองรับการดำเนินงานที่ ไม่ได้ตามเป้าหมาย (Score <3)	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ	นางรอยัน หะยีมะเย็ง	นโยบายสสจ.
	การถ่ายโอน	43. ระดับความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการถ่าย โอน	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ	นายนิวัน นิโซ๊ะ	นโยบายสสจ.

ด้าน	ประเด็น	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ผู้บริหารที่กำกับดูแล	กลุ่มตัวชี้วัด
PP&P 15 ตัวชี้วัด	Maternal Death	44. อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ส่งเสริมสุขภาพ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	Newborn Death	45. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	ส่งเสริมสุขภาพ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	พัฒนาการเด็กปฐมวัย	46. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ส่งเสริมสุขภาพ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	0-5 ปี สูงดีสมส่วน	47. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ส่งเสริมสุขภาพ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	6-14 ปี สูงดีสมส่วน	48. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ส่งเสริมสุขภาพ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	เด็ก 3 ปี ฟันผุ	49. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ทันตสาธารณสุข	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	การกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I	50. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วมี พัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือมาตรฐานอื่น	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	บุหรี	51. ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่โดยสถานบริการสาธารณสุข ในที่ทำงาน หรือชุมชน	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	นโยบายจังหวัด
	วัคซีนโควิด 19 กลุ่ม 607	52. ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607	ควบคุมโรคติดต่อ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพชร	ตรวจราชการ
	วัคซีนโควิด 19 กลุ่ม หญิงวัยเจริญพันธุ์	53. ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-45 ปี	ควบคุมโรคติดต่อ	นพ.เอกวิทย์ จินดาเพชร	ตรวจราชการ
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	54. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในพื้นที่	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	55. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ
	งานสื่อสารเชิงรุก	56. ร้อยละการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของสถานบริการ	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	PA กระทรวง
	การจัดการสุขภาพชุมชน	57. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	PA กระทรวง
GREEN & CLEAN Hospital	58. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	อนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	ภก.อดุล บินยูโซะ	นโยบายสสจ.	

ด้าน	ประเด็น	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย	ผู้บริหารที่กำกับดูแล	กลุ่มตัวชี้วัด
โครงการ พิเศษ 11 ตัวชี้วัด	คลินิกผู้สูงอายุ	59. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	Dementia	60. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	falling	61. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	Wellness Plan	62. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	Care plan	63. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	ชมรมผู้สูงอายุ	64. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	ชราวิลาสสะดวก	65. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานชราวิลาส สะดวก	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	PA จังหวัด
	ศูนย์สูงวัยชุมชน	66. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สูงวัยชุมชน	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	PA จังหวัด
	คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน	67. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	ส่งเสริมสุขภาพ	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	นโยบายสสจ.
	ฟันเทียม	68. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม	ทันตสาธารณสุข	ทพญ.โนริต้า แวญโซ๊ะ	ตรวจราชการ
	การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	69. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	พัฒนาคุณภาพฯ	นางอภิญญา ก้อเต็ม	ตรวจราชการ

ด้านบริการ

กลุ่ม	ตรวจราชการ													
ประเด็น	Palliative Care รักษาด้วยกัญชา													
ด้าน	บริการ													
ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์													
คำนิยาม	<p>1. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษา โรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยา กัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการ มีระบบเบิกจ่ายยาโดยไม่ต้องเสียค่ายา ๆ</p> <p>2. หน่วยบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต , กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>5. ยา กัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>6. Palliative Care หมายถึง ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD10 กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z51.5 กรณีแพทย์แผนไทย U50-U77 และ Z51.5)</p> <p>7. การประชาสัมพันธ์ คือ การให้ความรู้และเผยแพร่การใช้กัญชาทางการแพทย์อย่างไรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประโยชน์ของกัญชาในผู้ป่วยและบุคคลกลุ่มต่างๆ ผลข้างเคียงและการจัดการจากการใช้ยา กัญชาทางการแพทย์ ผ่านสื่อต่างๆ เช่น LINE FACEBOOK โทรศัพท์ทัศน์ วิทยู เป็นต้น</p> <p>8. การเข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ คือ มีการค้นหา รักษาและติดตาม</p> <p>9. ค้นหา คือ การค้นหาผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนและค้นหาเชิงรุกให้ความรู้ในชุมชน</p> <p>10. รักษา คือ การรักษาโดยการให้ตำรับยา กัญชาหรืออาจมีแนวทางให้ผู้ส่งใช้ยาสามารถเข้าถึงการส่งใช้ยาได้ง่ายขึ้น</p> <p>11. ติดตาม คือ มีการติดตามผลการรักษา อาการข้างเคียงและสร้างทัศนคติที่ดีด้านกัญชาทางการแพทย์ของคนไข้</p> <p>12. Care manager คือ ผู้มีบทบาทหน้าที่จัดการ ประสานงานและให้ความช่วยเหลือด้านการปรึกษาและรักษาทั้งหมด</p>													
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>ปี 2566</th> <th>ปี 2567</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 7</td> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 12</td> </tr> </tbody> </table>				รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569										
ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 7	ร้อยละ 10	ร้อยละ 12										
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</p> <p>2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์</p>													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ													

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศ รายงานการส่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงาน ความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
รายการข้อมูล	สำหรับรพ.ในจังหวัดนราธิวาส A1 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 A2 = จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ปีงบประมาณ 2566
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ = $(A1/A2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน ปี 2566 : ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีการจัดคลินิกบูรณาการกัญชาทางการแพทย์แผนไทย/แผนปัจจุบัน -มีคณะทำงานประกอบด้วยทีม Palliative Care และทีมกัญชาทางการแพทย์	- สํารวจการใช้กัญชาทางการแพทย์และประชาสัมพันธ์การใช้กัญชาทางการแพทย์โดยเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและอสม. ในกลุ่ม Palliative Care และกลุ่มคนไข้มะเร็ง เพื่อผลักดันให้เข้าสู่ระบบบริการที่เหมาะสม (switching model) - อบรม อสม.ในการสำรวจและคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่ม Palliative Care และกลุ่มคนไข้มะเร็ง ที่จำเป็นต้องใช้กัญชาทางการแพทย์ - มีคู่มือหรือแนวทางการดำเนินงานด้านการสำรวจวินิจฉัย รักษาและติดตามผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	- มีแนวทางการค้นหา รักษาและติดตามผู้ป่วย Palliative Care แบบบูรณาการโดยมีระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการกัญชาทางการแพทย์ - มีการอบรมปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ -มีการดูแลผู้ป่วย Palliative Care แบบบูรณาการร่วมกับกลุ่มสหสาขา - ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ 5	- มีการพัฒนารูปแบบในการค้นหา รักษาและติดตามผู้ป่วย Palliative Care ให้ได้รับยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น เช่น มีระบบการค้นหา ติดตาม และการรักษาโดยใช้เทคโนโลยี มีการเยี่ยมบ้านของทีมสหสาขาในการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย และติดตามอาการและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย - มีระบบการแจ้งเตือนรายการยา กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้ผู้สั่งจ่ายเข้าถึงรายการยาได้สะดวกขึ้น -มีแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) ในการค้นหา รักษาและติดตามผู้ป่วย Palliative Care ด้วยยากัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์ - ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ มากกว่า >ร้อยละ 5	- มีนวัตกรรม ในการค้นหา ติดตาม และรักษาที่ทำให้ผู้ป่วย Palliative Care ได้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์รูปแบบใหม่ - ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ >ร้อยละ 5

วิธีการประเมินผล :	<p>1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข</p>													
เอกสารสนับสนุน :	<p>1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)</p> <p>2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="451 674 1410 804"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>5.20</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	-	ร้อยละ	-	-	5.20
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
-	ร้อยละ	-	-	5.20										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>ภก.อดุล บินยูโซะ เกสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์มือถือ : - ภญ.สุธาสิณี สกุลประกอบกิจ เกสัชกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์มือถือ : - โทรศัพท์สาร : 073 - 532063 E-mail : nunagaeung@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>ภญ.สุธาสิณี สกุลประกอบกิจ เกสัชกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์สาร : 073 - 532063 E-mail : nunagaeung@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	<p>นายอดุล บินยูโซะ เกสัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adu199@gmail.com</p>													

กลุ่ม	ตรวจราชการ													
ประเด็น	ผู้ป่วยทั้งหมดรักษาด้วยยา													
ด้าน	บริการ													
ตัวชี้วัดที่ 2	ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคเพิ่มขึ้นจากปี 2564 (ร้อยละ 50)													
คำนิยาม	<p>1. การจัดบริการคลินิกวัณโรคทางการแพทย์ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษา วัณโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาต้านวัณโรคด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการ</p> <p>2. หน่วยบริการคลินิกวัณโรคทางการแพทย์หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง กรมสุขภาพจิต, กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>4. ผู้ให้บริการ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกวัณโรคทางการแพทย์</p> <p>5. ยาต้านวัณโรค หมายถึง ยาสารสกัดวัณโรค ตำรับยาแผนไทยที่มียาต้านวัณโรค หรือ น้ำมันวัณโรค</p> <p>6. ประชาสัมพันธ์ คือ การเผยแพร่ข้อมูลด้านการใช้ยาต้านวัณโรคทางการแพทย์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งการใช้ยาในการรักษาโรคต่างๆ</p> <p>7. Care manager คือ ผู้มีบทบาทหน้าที่จัดการ ประสานงานและให้ความช่วยเหลือด้านการปรึกษา และรักษาทั้งหมด</p>													
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>ปี 2566</th> <th>ปี 2567</th> <th>ปี 2568</th> <th>ปี 2569</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางการแพทย์</td> <td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50</td> <td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60</td> <td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 70</td> <td>เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>				รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 70	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569										
ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางการแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 50	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 70	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80										
วัตถุประสงค์	<p>1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกวัณโรคทางการแพทย์</p> <p>2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้ยาต้านวัณโรคทางการแพทย์</p>													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกวัณโรคทางการแพทย์แบบบูรณาการ													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้ยาต้านวัณโรคทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้ยาต้านวัณโรคทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรคทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
แหล่งข้อมูล	<p>1. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้ยาต้านวัณโรคทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้ยาต้านวัณโรคทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.ฐานข้อมูลผลการดำเนินงานวัณโรคทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
รายการข้อมูล	<p>สำหรับรพ.ในจังหวัดนราธิวาส</p> <p>B1 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2566</p> <p>B2 = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2564</p>													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคทางการแพทย์เพิ่มขึ้น = $(B1-B2/B2) \times 100$													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4													

เกณฑ์การประเมิน ปี 2566 : ตุลาคม 2565 – กันยายน 2566				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<p>- มีการเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในระดับหน่วยบริการและระดับอำเภอ</p> <p>- มีคณะทำงานกัญชาทางการแพทย์ระดับอำเภอ</p>	<p>- มีการลงเยี่ยมบ้านเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆของทีมกัญชาทางการแพทย์ระดับอำเภอ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาทางการแพทย์</p> <p>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการอบรมด้านกัญชาทางการแพทย์เพื่อถ่ายทอดความรู้และประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ของคนในชุมชน</p> <p>- มีคู่มือหรือแนวทางการดำเนินงานด้านการสำรวจวินิจฉัย รักษาและติดตามผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p>	<p>- มีระบบการค้นหา รักษาและติดตามแบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการกัญชาทางการแพทย์</p> <p>- มีการอบรมปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์</p> <p>- ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ 50</p>	<p>- มีการพัฒนาติดตามและประเมินผลการรักษาเพื่อให้ได้การเข้าถึงที่เพิ่มขึ้น เช่น ใช้เทคโนโลยี หรือแนวทางอื่นที่ให้ผู้ป่วยและญาติได้สื่อสารกับเจ้าหน้าที่ได้ง่าย</p> <p>- มีระบบการแจ้งเตือนรายการยา เพื่อให้ผู้สั่งจ่ายเข้าถึงรายการยาได้สะดวกขึ้น</p> <p>- ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 50</p> <p>- มีแนวทางปฏิบัติที่ดี (Best Practice) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น</p>	<p>- ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น > ร้อยละ 50</p> <p>- มีนวัตกรรมหรือวิธีการใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น</p>
<p>วิธีการประเมินผล :</p>	<p>1. ข้อมูลจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข</p>			
<p>เอกสารสนับสนุน :</p>	<p>1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)</p> <p>2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562</p> <p>3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา</p>			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	-	ร้อยละ	-	-	7.85
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผก.อดุล บินยูโซะ เกษัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์มือถือ : - ภญ.สุธาสินี สกุลประกอบกิจ เกษัชกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์มือถือ : - โทรศัพท์สาร : 073 - 532063 E-mail : nunagaeung@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.นราธิวาส				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ภญ.สุธาสินี สกุลประกอบกิจ เกษัชกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 - 532063 โทรศัพท์มือถือ : - โทรศัพท์สาร : 073 - 532063 E-mail : nunagaeung@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com				

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	พขอ.														
ด้าน	บริการ														
ตัวชี้วัดที่ 3	ระดับความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ														
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเองเนื่องจากขาดอำนาจการศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง <p>(อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (13 อำเภอ)														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผ่านโปรแกรม CL – UCCARE														
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล														
รายการข้อมูล 1	-														
รายการข้อมูล 2	-														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ประเมินระดับความสำเร็จจากการดำเนินงานผ่านกระบวนการทั้ง 5 ขั้นตอน														

ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส																
.เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน - มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 ประเด็น และกำหนดกลุ่มเปราะบางในการพัฒนา	- มีแผนงาน /โครงการในการขับเคลื่อนงาน โดยบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	- มีการใช้โปรแกรม CL-UCCARE เป็นเครื่องมือ ในการบันทึกกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างน้อยระดับ 3	- มีการใช้โปรแกรม CL-UCCARE เป็นเครื่องมือ ในการบันทึกกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับ 3 ขึ้นไป และมี Best Practice ในการดำเนินงาน	- อำเภอผ่านการประเมินตนเองตามเกณฑ์ UCCARE และมีนวัตกรรมในการดำเนินงาน หรือส่งผลงาน รางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่													
วิธีการประเมินผล	จากโปรแกรม CL-UCCARE และลงประเมินในพื้นที่ ตามกระบวนงานดังนี้																
เอกสารสนับสนุน	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ</td> <td>ร้อยละ (อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ100 (13 อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ100 (13 อำเภอ)</td> <td>ร้อยละ100 (13 อำเภอ)</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ100 (13 อำเภอ)	ร้อยละ100 (13 อำเภอ)	ร้อยละ100 (13 อำเภอ)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ100 (13 อำเภอ)	ร้อยละ100 (13 อำเภอ)	ร้อยละ100 (13 อำเภอ)													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์เคพี 089-6577029 โทรศัพท์เคพี 089-6577029																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 089-6577029 นายอามีน ปัตนกุล นายช่างเทคนิค
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละของการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562										
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <ol style="list-style-type: none"> หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562 <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95							
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน										
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ได้รับการขึ้นทะเบียน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเป้าหมายในการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4										

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีคำสั่งคณะกรรมการ ในการดำเนินงาน	- มีแผนงาน /โครงการ ในการขับเคลื่อนงาน การพัฒนาหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ - มีการประชุมและ ดำเนินการตาม แผนงาน/โครงการที่ กำหนด	- มีการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ ร้อยละ 75 ของเป้าหมาย	- มีการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ > ร้อยละ 75 ของเป้าหมาย และมี และมี Best Practice ในการดำเนินงาน	- มีการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ > ร้อยละ 75 ของเป้าหมาย และมี นวัตกรรมในการ ดำเนินงาน													
วิธีการประเมินผล	จากระบบชี้ทะเบียน และลงประเมินในพื้นที่																
เอกสารสนับสนุน	ระบบลงทะเบียน																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>40.27</td> <td>56.94</td> <td>66.67</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ	ร้อยละ	40.27	56.94	66.67
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ	ร้อยละ	40.27	56.94	66.67													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-6577029																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 089-6577029 นายอามีน ปัตนกุล ตำแหน่ง นายช่างเทคนิค																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	3 หมอ										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 5	ร้อยละของประชาชนมีหมอประจําตัว 3 คน										
คํานิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>1. หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor</p> <p>2. หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. 2562</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95							
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว / คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม.หมอประจําบ้าน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบลงทะเบียน										
แหล่งข้อมูล	ระบบลงทะเบียน หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทั้งหมดในอำเภอ										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$										
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 , ไตรมาส 3 และ ไตรมาส 4										

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีคำสั่งคณะกรรมการ ในการดำเนินงาน	- มีแผนงาน /โครงการ ในการขับเคลื่อนงาน การพัฒนาให้ประชาชน มีหมอประจำตัว 3 คน - มีการประชุมและ ดำเนินการตาม แผนงาน/โครงการที่ กำหนด	- ประชาชนที่มีรายชื่อ อยู่ในหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิได้รับการ ดูแลโดยแพทย์เวช- ศาสตร์ครอบครัวหรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ ร้อยละ 75	- ประชาชนที่มีรายชื่อ อยู่ในหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิได้รับการ ดูแลโดยแพทย์เวช- ศาสตร์ครอบครัวหรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ > ร้อยละ 75 และมี Best Practice ในการ ดำเนินงาน	- ประชาชนที่มีรายชื่อ อยู่ในหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิได้รับการ ดูแลโดยแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวหรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรม และคณะผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ > ร้อยละ 75 และมี นวัตกรรมในการ ดำเนินงาน													
วิธีการประเมินผล	จากระบบขึ้นทะเบียน และลงประเมินในพื้นที่																
เอกสารสนับสนุน	ระบบลงทะเบียน																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ ในหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>39.95</td> <td>55.27</td> <td>66.78</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ ในหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ	ร้อยละ	39.95	55.27	66.78
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ ในหน่วยบริการปฐม ภูมิและเครือข่ายหน่วย บริการปฐมภูมิ	ร้อยละ	39.95	55.27	66.78													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายสุทัศน์ พิเศษ โทรศัพท์ศัพท์ 089-6577029																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสุทัศน์ พิเศษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ศัพท์ 089-6577029 นายอามีน ปัตนกุล ตำแหน่ง นายช่างเทคนิค																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	อัตราการตาย STEMI										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 6	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI										
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> <td>< ร้อยละ 8</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8	< ร้อยละ 8							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (รพ.หากเป็นผู้ป่วยจากลูกข่าย) - ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดยสำนักนโยบายและแผน โดยข้อมูล 43 แฟ้มและข้อมูลจาก Thai ACS Registry										
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปลง 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน										

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน(ทีมสหวิชาชีพ)และปฏิบัติตามแผน	- มีการดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและมีการเชื่อมโยงเครือข่ายสถานพยาบาลทุกระดับ - มีคณะกรรมการพัฒนาระบบ STEMI Fast tract เชื่อมต่อกับรพท.ที่มีอายุรแพทย์ รวมทั้งรพ.ตติยภูมิที่อายุรแพทย์โรคหัวใจสามารถสวนหลอดเลือดหัวใจได้	- มีการทบทวนเคสกรณีหากมีผู้เสียชีวิต และวางแผนปรับปรุงแก้ไขปัญหา - อัตราตายผู้ป่วย STEMI ลดลง < ร้อยละ 8	- ปฏิบัติตามแผนที่ปรับปรุงและแก้ไขปัญหา - รพ.มีระบบ Refer back ในเครือข่าย - มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังรพ. แม่ข่าย - อัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 7 - มีผลงาน Best Practice	- อัตราตายผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 7 - มีผลงานนวัตกรรม

วิธีการประเมินผล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
เอกสารสนับสนุน	เอกสาร 43 แฟ้มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2563	2564
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	15.06	16.08
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 นางสาวवलนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236			
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวवलนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236			
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924			

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	STEMI ได้รับยาละลายลิ้มเลือด										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด										
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง 1. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ 2. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 60</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70						
ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60	ร้อยละ 60							
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI										
ประชากร	- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI										
กลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ป่วยที่มีมารับบริการรหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกโรงพยาบาล										
แหล่งข้อมูล	รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ้มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกโรงพยาบาล										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ้มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ้มเลือดทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ปลง 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน										

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีโครงการ แผนงาน และการดำเนินงาน ระบบ STEMI Fast track - มีคำสั่งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) และ ปฏิบัติตามแผน	- มีการดำเนินการตาม แนวทางการดำเนินงาน ของระบบการดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันและมีการ เชื่อมโยงเครือข่าย สถานพยาบาลทุกระดับ	- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลาย ลิ้มเลือดได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด ภายใน 30 นาที นับจาก ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล ร้อยละ 60	- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาลมากกว่า ร้อยละ 60 และมี Best Practice ในระดับ หน่วยงาน	- ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ้มเลือด ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการ วินิจฉัย STEMI (EKG Diagnosis) เมื่อมาถึง โรงพยาบาล มากกว่า ร้อยละ 60 และมีผลงาน นวัตกรรม ในระดับ หน่วยงาน

วิธีการประเมินผล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
เอกสารสนับสนุน	เอกสาร 43 แฟ้มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry			
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2563	2564
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ		
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236			
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236			
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924			

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	อัตราการตาย Stroke														
ด้าน	บริการ														
ตัวชี้วัดที่ 8	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)														
คำนิยาม	<p>ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:I60-I69) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><ร้อยละ 7</td> <td><ร้อยละ 7</td> <td><ร้อยละ 7</td> <td><ร้อยละ 7</td> <td><ร้อยละ 7</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7	<ร้อยละ 7											
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง														
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาล														
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke:I60-I69) จากทุกหอผู้ป่วย														
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในเวลาเดียวกัน (Stroke:I60-I69)														
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง (กุมภาพันธ์ และ สิงหาคม 2566)														

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - มีโครงการ แผนงาน การดำเนินงาน - มีคำสั่ง คณะกรรมการ/ คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) - มีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อแนวทางเดียวกัน - มีการปฏิบัติตาม Standing Order ก่อนส่งต่อ - มีการใช้ยา Nicardipine iv ในการลดความดันโลหิตสูงในผู้ป่วย Stroke (ยกเล็ก Hydralazine) - มีการทบทวนและวางแผนปรับปรุงแก้ไข ปัญหา ในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - สามารถส่งต่อ Stroke Fast Track ได้ทันภายในเวลาที่กำหนด - ใช้แนวทางดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ เน้นแนวทางเดียวกัน และลดเวลาส่งต่อ (โดยลดกระบวนการที่ ER ให้ไม่เกิน 30 นาที รวมเวลาในการเดินทางแล้วไม่ควรเกิน 90 นาที) - จัดตั้ง Stroke Unit ในโรงพยาบาลทั่วไป และมี Stroke Corner ในโรงพยาบาลชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามประเมินผล - อัตราตายของผู้ป่วย Stroke <ร้อยละ 7 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วย Stroke <ร้อยละ 6 - มีผลงาน Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราตายของผู้ป่วย Stroke <ร้อยละ 6 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก < ร้อยละ 25 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน < ร้อยละ 5 - มีนวัตกรรมการป้องกัน และลดการตายจาก Stroke

วิธีการประเมินผล: ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารสนับสนุน: สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69)	ร้อยละ	7.06	7.59	7.69	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด: นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014
 น.ส.กาญจนา ใจเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 089--2977354

หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	น.ส.กาญจนา ใจเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 089-2977354
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	Stroke Unit														
ด้าน	บริการ														
ตัวชี้วัดที่ 9	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit														
คำนิยาม	<p>การรักษาใน Stroke Unit: ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit</p> <p>หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า 4 เตียง 2. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง 3. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้วโดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ 														
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70										
	≥ร้อยละ 75	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80										
วัตถุประสงค์	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม และ ข้อมูลจากรายงาน ตก.														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 – I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส														
<p>เกณฑ์การประเมินปี 2566:</p> <p>ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) - มีการปฏิบัติตามโครงการแผนงานการดำเนินงาน </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนและวางแผนปรับปรุงแก้ไข ปัญหา ในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เข้าระบบ Fast Track มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น - มีผู้รับบริการ ร้อยละ 75 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับบริการ > ร้อยละ 75 และมี Best Practice </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับบริการ > ร้อยละ 75 - มีการพัฒนาคุณภาพและผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หรือ มีนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างและเผยแพร่ให้กับรพ. อื่นๆได้ </td> </tr> </tbody> </table>						1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) - มีการปฏิบัติตามโครงการแผนงานการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนและวางแผนปรับปรุงแก้ไข ปัญหา ในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เข้าระบบ Fast Track มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น - มีผู้รับบริการ ร้อยละ 75 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับบริการ > ร้อยละ 75 และมี Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับบริการ > ร้อยละ 75 - มีการพัฒนาคุณภาพและผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หรือ มีนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างและเผยแพร่ให้กับรพ. อื่นๆได้
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนพัฒนาและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง - มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน (ทีมสหวิชาชีพ) - มีการปฏิบัติตามโครงการแผนงานการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนและวางแผนปรับปรุงแก้ไข ปัญหา ในรายที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ตามแนวทาง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่เข้าระบบ Fast Track มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น - มีผู้รับบริการ ร้อยละ 75 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับบริการ > ร้อยละ 75 และมี Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผู้รับบริการ > ร้อยละ 75 - มีการพัฒนาคุณภาพและผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หรือ มีนวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างและเผยแพร่ให้กับรพ. อื่นๆได้ 											

วิธีการประเมินผล	การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลรายอำเภอ				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มี อาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการ รักษาใน Stroke Unit	ร้อยละ	79.72	63.64	70.72
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 น.ส.กาญจนา ไชยเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 089--2977354				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	น.ส.กาญจนา ไชยเย็น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 089-2977354				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มสงสัย DM										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 10	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน										
คำนิยาม	<p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>- กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ 2 วิธี ดังนี้</p> <p>(1) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(2) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ 1 วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ :</p> <p>1. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (1) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน</p> <p>2. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (2) มีภาวะระดับน้ำตาล ≥ 110 มก./ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (1) ในวันถัดไป</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน 1-180 วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geq ร้อยละ 70</td> <td>\geq ร้อยละ 72</td> <td>\geq ร้อยละ 74</td> <td>\geq ร้อยละ 76</td> <td>\geq ร้อยละ 78</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 72	\geq ร้อยละ 74	\geq ร้อยละ 76	\geq ร้อยละ 78
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 72	\geq ร้อยละ 74	\geq ร้อยละ 76	\geq ร้อยละ 78							
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อยู่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)</p>										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เซิร์ฟเวอร์ Health Data Center (HDC) On Cloud										
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC จังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยได้ตั้งแต่ 1 วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน 1-180 วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A /B) × 100																
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง																
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม จัดการกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน - มีทะเบียน กลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน และแผนการ ติดตามกลุ่มเสี่ยง	- มีกิจกรรมการติดตาม ยืนยันกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวาน - มีการทบทวนการ ดำเนินงานการติดตาม ยืนยันกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง	- มีผลงานการติดตามยืนยัน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ร้อยละ 70	- มีผลการติดตามยืนยัน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน > ร้อยละ 70 และ มี Best Practice	- มีผลการติดตามยืนยัน กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน > ร้อยละ 70 และมีนวัตกรรม													
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข																
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ป 2560																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>49.09</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	NA	NA	49.09
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	NA	NA	49.09													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 084-3937197 นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มเสี่ยง HT										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 11	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง										
คำนิยาม	<p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง 140-179 mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวกลางเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบ และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในงบประมาณ</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน 90 วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน 90 วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทยหลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ 2 วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ 93 แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ 60 จากกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูงในงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบOffice BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>\geq ร้อยละ 93</td> <td>\geq ร้อยละ 95</td> <td>\geq ร้อยละ 95</td> <td>\geq ร้อยละ 95</td> <td>\geq ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	\geq ร้อยละ 93	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
\geq ร้อยละ 93	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95	\geq ร้อยละ 95							
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและสอดคล้องเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงในงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea 3) และPERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099"(สัญชาติไทย)</p>										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เขาระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud										
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC จังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน 90 วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน90 วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562 หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A /B) X 100										
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนละครั้ง										

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม จัดการกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง - มีทะเบียน กลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง และ แผนการติดตามกลุ่มเสี่ยง	- มีกิจกรรมการติดตาม ยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยง ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - มีการทบทวนการดำเนินงาน การติดตามยืนยันวินิจัย กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดัน โลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง	- มีผลการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยง ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 93	- มีผลการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดัน โลหิตสูง > ร้อยละ 93 - มี Best Practice	- มีผลการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยง ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง > ร้อยละ 93 - มีนวัตกรรม	
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	NA	NA	49.09
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 084-3937197 นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	การควบคุม DM										
ด้าน	บริการ										
ตัวชี้วัดที่ 12	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี										
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 mg%</p> <p>หมายเหตุ : ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14(นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14(นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14(นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14(นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14(นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41 										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 40							
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และลดภาวะแทรกซ้อน										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area 1) ผูกอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และ PERSON.DISCHARGE="9"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="099" (สัญชาติไทย)</p>										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เขาระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud										
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC จังหวัดนราธิวาส กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และ/หรือจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด และ/หรือจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน										

เกณฑ์การประเมินปี 2566:					
ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - มีการพัฒนาระบบความรู้ หรือ CPG การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - มีแนวทางการและระบบรับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่าง รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย	- มีการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในภาคีเครือข่าย	- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 40	- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > ร้อยละ 40 และมี Best Practice	- ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > ร้อยละ 40 และมีนวัตกรรม	
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	23.37	22.26	23.53
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	การควบคุม HT														
ด้าน	บริการ														
ตัวชี้วัดที่ 13	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี														
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส ICD10 = I10 – I15 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่าระดับความดันโลหิต ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงงบประมาณทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 60											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมระดับความดันโลหิตได้ และลดภาวะแทรกซ้อนจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง														
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)														
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เขาระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud														
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC จังหวัดนราธิวาส กระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบและ/หรือขึ้นทะเบียน ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายใน ปีงบประมาณควบคุมได้ดี														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบและ/หรือขึ้นทะเบียน ที่มีระดับความดันโลหิตครั้ง สุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี														
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$														
ระยะเวลา ประเมินผล	12 เดือน														
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม จัดการผู้ป่วยโรค เรื้อรัง - มีการพัฒนาระบบความรู้ หรือ CPG การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง - มีแนวทางการและ ระบบ รับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย</td> <td>- มีการทบทวนกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง</td> <td>- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 60</td> <td>- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี > ร้อยละ 60 และมี Best Practice</td> <td>- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี > ร้อยละ 60 และมีนวัตกรรม</td> </tr> </tbody> </table>						1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	- มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม จัดการผู้ป่วยโรค เรื้อรัง - มีการพัฒนาระบบความรู้ หรือ CPG การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง - มีแนวทางการและ ระบบ รับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย	- มีการทบทวนกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 60	- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี > ร้อยละ 60 และมี Best Practice	- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี > ร้อยละ 60 และมีนวัตกรรม
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
- มีแผนงาน โครงการ กิจกรรม จัดการผู้ป่วยโรค เรื้อรัง - มีการพัฒนาระบบความรู้ หรือ CPG การดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง - มีแนวทางการและ ระบบ รับส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระหว่าง รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย	- มีการทบทวนกระบวนการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน ภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความ ดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 60	- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี > ร้อยละ 60 และมี Best Practice	- ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี > ร้อยละ 60 และมีนวัตกรรม											
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข														

เอกสารสนับสนุน	1. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ 2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562																	
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<table border="1" data-bbox="360 333 1498 512"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตได้</td> <td>ร้อยละ</td> <td>39.59</td> <td>38.66</td> <td>37.67</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตได้	ร้อยละ	39.59	38.66	37.67
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2563	2564	2565														
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับความดันโลหิตได้	ร้อยละ	39.59	38.66	37.67														
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236																	
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวนวลนภา เผือกพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 091-0477236																	
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ วิชาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																	

กลุ่ม	PA กระทรวง														
ประเด็น	Smart hospital/ Smart ER/ Modernize OPD/ พลังงานสะอาด														
ด้าน	บริการ														
ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกแห่งปรับโฉม Smart hospital/ Smart ER/ Modernize OPD/ มีการใช้พลังงานสะอาด														
คำนิยาม	<p>โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาเป็น Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ ระดับโรงพยาบาลทั่วไป และระดับโรงพยาบาลชุมชน มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลหรือนวัตกรรมที่มีความทันสมัย มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการทำงานเดิม เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน อีกทั้งสนับสนุนการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ส่งผลให้เกิดความสะดวกรวดสบายต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการและเกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพ ตามแบบ Smart Hospital โดยสามารถเลือกพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Smart ER หมายถึง ห้องฉุกเฉินที่มีมาตรฐานและสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ 2. Modernize OPD หมายถึง การให้บริการผู้ป่วยนอกในรูปแบบใหม่ที่มีการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการให้บริการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ให้แก่ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ อีกทั้งสามารถจัดบริการที่มีประสิทธิภาพและเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ 3. การใช้พลังงานสะอาด หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการเลือกใช้พลังงานสะอาดหรือพลังงานทางเลือกมาทดแทนพลังงานเดิม หรือนำมาประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาล ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบต่อชุมชน เช่น การใช้พลังงานแสงอาทิตย์ พลังงานลม พลังงานน้ำ พลังงานชีวมวล เป็นต้น 														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	70	80	90	100	100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
70	80	90	100	100											
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็น Smart hospital รองรับการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มระดับ รพท. จำนวน 2 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 11 แห่ง 														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จัดเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานปรับโฉมโรงพยาบาลเป็น Smart Hospital ในด้าน Smart ER ด้าน Modernize OPD และด้านการใช้พลังงานสะอาด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รายงานผลการดำเนินงานฯ ตามแบบฟอร์มของกองบริหารการสาธารณสุขและส่งตามระยะเวลาที่กำหนด 														
แหล่งข้อมูล	- โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการปรับโฉม Smart Hospital (Smart ER/Modernize OPD/มีการใช้พลังงานสะอาด)														
รายการข้อมูล 2	B = โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนาแบบ Smart Hospital Smart Hospital = (A/B) x 100														
ระยะเวลาประเมินผล	รายงาน ไตรมาส 2 / ไตรมาส 3 / ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมินปี 2566 : ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีแผนการพัฒนาคตามแบบ Smart Hospital ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของตนเอง - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน	- มีการดำเนินการตามแผนการดำเนินงาน - มีการทบทวนและหาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง	- โรงพยาบาลมีการปรับโฉม Smart hospital/ Smart ER/ Modernize OPD/ มีการใช้พลังงานสะอาด	- โรงพยาบาลมีการปรับโฉมทั้ง 3 ด้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และมี Best Practice	- โรงพยาบาลมีการปรับโฉมทั้ง 3 ด้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทันสมัย เป็นมาตรฐานเดียวกัน และเกิดความพึงพอใจต่อผู้รับบริการอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และมีนวัตกรรม	
วิธีการประเมินผล	รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานการปรับโฉมโรงพยาบาลเป็น Smart Hospital				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	โรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาคตามแบบ Smart Hospital	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุภัทพงษ์ เลขะธรรม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0935552636				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0843937197 นายสุภัทพงษ์ เลขะธรรม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0935552636				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)				

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.																												
ประเด็น	นโยบาย EMS																												
ด้าน	บริการ																												
ตัวชี้วัดที่ 15	ร้อยละสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตาม นโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) 1. ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) 1.1 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) 1.2 ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)																												
คำนิยาม	<p>การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดบริการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งต่อผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้า รับบริการ ลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง 3 ด้าน</p> <p>1. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การคำนึงถึงผลกระทบของสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการ ที่คำนึงถึงความปลอดภัย การเยียวยา และลดผลกระทบ ต่อชุมชน</p> <p>2. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพอย่างเหนือความคาดหมายของผู้รับบริการ และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ</p> <p>3. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการที่ไม่มีข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ จนเกิดผลตอบรับ ด้วยความพึงพอใจ และความรู้สึกรักพิเศษ</p>																												
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th></th> <th>66</th> <th>67</th> <th>68</th> <th>69</th> <th>70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ./รพท.</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>					รายการ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ		66	67	68	69	70	รพศ./รพท.	60	70	80	90	100	รพช.	60	70	80	90	100
รายการ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ																								
	66	67	68	69	70																								
รพศ./รพท.	60	70	80	90	100																								
รพช.	60	70	80	90	100																								
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง แบ่งเป็น - กลุ่มระดับ รพศ./รพท จำนวน 2 แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน 11 แห่ง																												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินสถานบริการฯ ตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) และรวบรวมข้อมูลส่งให้สำนักงานเขตสุขภาพภายในระยะเวลาที่กำหนด 2. สำนักงานเขตสุขภาพ รวบรวมผลการประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ตามแบบฟอร์มที่กำหนดและจัดส่งกองบริหารการสาธารณสุข ไตรมาสที่ 2 และ 4																												
แหล่งข้อมูล	- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 แห่ง																												
รายการข้อมูล 1	A 1 = สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท คณะณัติวัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯขั้นพื้นฐาน (The must) A 2 = สถานบริการ ระดับ รพช. คณะณัติวัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯขั้นพื้นฐาน (The must)																												

รายการข้อมูล 2	B1 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพศ./รพท จำนวน 2 แห่ง B2 = สถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ รพช. จำนวน 10 แห่ง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขึ้นพื้นฐาน (The must) = $(A1/B1) \times 100$ 2. ร้อยละสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขึ้นพื้นฐาน (The must) = $(A2/B2) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมินปี 2566 : ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน - มีแผนการดำเนินงาน หรือโครงการ - มีการวางแผนการ ดำเนินงาน - มีการดำเนินงานไปแล้ว ตามแผนการดำเนินงาน ทั้ง 3 ด้าน	- มีการประเมินตนเอง บันทึกปัญหาและมีการ เสนอแนวทางแก้ปัญหา - มีแผนการพัฒนา ด้าน/ ข้อ้อยที่ไม่ผ่านเกณฑ์	- มีการประเมินตนเอง บันทึกปัญหาและมีการ เสนอแนวทางแก้ปัญหา - มีการประเมินตนเอง และต้องผ่านเกณฑ์ The must (18/26 คะแนน)	- มีการทบทวนและแก้ไข ปัญหาหากมีข้อติดขัด - มีการประเมินตนเอง และต้องผ่านเกณฑ์ The must (18 คะแนนขึ้นไป) และมี Best Practice	- มีการประเมินตนเอง และต้องผ่านเกณฑ์ The must (20 คะแนน ขึ้นไป) - มีนวัตกรรมในการลด การใช้พลังงานใน กระบวนการทำงาน และเกิดผลลัพธ์การลด ค่าใช้จ่ายด้านพลังงาน	
วิธีการประเมินผล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินสถานบริการฯ ตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาการดำเนินงานสถาน บริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS 2. ผลการดำเนินงานรายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดำเนินงานการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย ทันสมัย และบริการที่ดี 2. เกณฑ์การพัฒนาการดำเนินงานสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี ปลอดภัย มีความทันสมัย บริการที่ดี ในระดับพื้นฐาน (The must) และระดับขั้นสูง (The best)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	สถานบริการ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์ การประเมินขึ้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายสุภัฏพงศ์ เลขะธรรม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0935552636				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 0843937197 นายสุภัฏพงศ์ เลขาธรรม นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0935552636
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ												
ประเด็น	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก												
ด้าน	บริการ												
ตัวชี้วัดที่ 16	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก												
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 – 60 ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปอีก 5 ปี												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> </tr> </tbody> </table>	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570								
ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 80								
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 59 ปี เป็นรายจังหวัด (ตามเป้าหมาย สปสช.กำหนด) ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 60 ปี (ตามเป้าหมาย สปสช.กำหนด) (C) 2.จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test (H) การบันทึก 1. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 2. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาร์ท HDC ได้												
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)												
รายการข้อมูล 1	A(C) = จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 60 ปี (ตามเป้าหมาย สปสช.กำหนด)												
รายการข้อมูล 2	A(H) = จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = (A(C)/A(H))x100												
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส												

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการวิเคราะห์ข้อมูล -มีการวางแผนงาน โครงการ - มีทะเบียนรายชื่อ กลุ่มเป้าหมาย - มีการดำเนินการตาม แผนงาน โครงการ	- มีการประชาสัมพันธ์ - มีการติดตาม ประเมินผล	- ประชากร กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ร้อยละ 60	- ประชากร กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test >ร้อยละ 60 - มี Best Practice	- ประชากร กลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test > ร้อยละ 60 - มีนวัตกรรม													
วิธีการ ประเมินผล	สำรวจและนิเทศติดตาม																
เอกสาร สนับสนุน	1.คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขามะเร็ง 2.คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คัดกรองมะเร็งปากมดลูก</td> <td>ร้อยละ</td> <td>13.29</td> <td>17.9</td> <td>19.5</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	13.29	17.9	19.5
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ	13.29	17.9	19.5													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ												
ประเด็น	Colposcopy มะเร็งปากมดลูก												
ด้าน	บริการ												
ตัวชี้วัดที่ 17	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy												
คำนิยาม	<p>- ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ 30 – 60 ปี) ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test แล้วมีผลผิดปกติ/ผลบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <p>- ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ 16 และหรือ 18 หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่งกล้อง (Colposcopy)</p> <p>- ตรวจสายพันธุ์ไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น 31, 33, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 และ 68 เป็นต้น</p> <p>หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลื่อมตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน 1 ปีที่โรงพยาบาล</p>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</td> <td>\geq ร้อยละ 70</td> <td>\geq ร้อยละ 70</td> <td>\geq ร้อยละ 70</td> <td>\geq ร้อยละ 70</td> <td>\geq ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570								
ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70	\geq ร้อยละ 70								
วัตถุประสงค์	เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก ในรายที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 59 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการคัดกรองผิดปกติ												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1.จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและผลผิดปกติ (C)</p> <p>2.จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (CP) การบันทึก</p> <p>-การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcxs2020</p>												
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แพ้ม (HDC) โปรแกรม HPVcxs2020												
รายการข้อมูล 1	A(c) = จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 30 – 59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและผลผิดปกติ												
รายการข้อมูล 2	B(cp) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-ผู้ที่มีผลมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy = $A(c)/B(cp) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส												

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการวิเคราะห์ข้อมูล - มีแผนงาน โครงการ - มีทะเบียนรายชื่อผู้ที่ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ที่ผล ผิดปกติ - มีการดำเนินการตาม แผนงาน โครงการ	- มีการประชาสัมพันธ์ - มีการติดตาม ประเมินผล	- มีการติดตามผู้ที่ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test พบผล ผิดปกติทุกราย - ผู้ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ด้วย วิธี HPV DNA Test พบผลผิดปกติ ได้รับ การส่งกล้อง Colposcopy ร้อยละ 70	- มีการติดตามผู้ที่ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test พบผล ผิดปกติทุกราย - ผู้ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ด้วย วิธี HPV DNA Test พบผลผิดปกติ ได้รับ การส่งกล้อง Colposcopy >ร้อยละ 70 - มี Best Practice	- มีการติดตามผู้ที่ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test พบ ผลผิดปกติทุกราย - ผู้ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ด้วย วิธี HPV DNA Test พบผลผิดปกติ ได้รับ การส่งกล้อง Colposcopy >ร้อยละ 70 - มีนวัตกรรม													
วิธีการประเมินผล	สำรวจและนิเทศติดตาม																
เอกสารสนับสนุน	1.คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขามะเร็ง 2.คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผล ผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy</td> <td>ร้อยละ</td> <td>ไม่มีข้อมูล</td> <td>ไม่มีข้อมูล</td> <td>ไม่มีข้อมูล</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผล ผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผล ผิดปกติได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ												
ประเด็น	การคัดกรองมะเร็งลำไส้												
ด้าน	บริการ												
ตัวชี้วัดที่ 18	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย Fit test												
คำนิยาม	การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรชาย หญิง ที่มีอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโน ที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 mg/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้ง ในรอบ 2 ปีงบประมาณ												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย Fit test</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 55</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 65</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย Fit test	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570								
ร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย Fit test	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70								
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 50 – 70 ปี เป็นรายจังหวัดที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 50 – 70 ปี เป็นรายจังหวัด (ตามเป้าหมาย สปสช.กำหนด) (C) จำนวนประชากรไทยอายุ 50 – 70 ปี เป็นรายจังหวัดที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (F) การบันทึก <ol style="list-style-type: none"> การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx2020 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม มาที่ HDC ได้ 												
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)												
รายการข้อมูล 1	B(C) = จำนวนประชากรหญิงไทยอายุ 50 – 70 ปี เป็นรายจังหวัด (ตามเป้าหมาย สปสช.กำหนด)												
รายการข้อมูล 2	B(F) = จำนวนประชากรไทยอายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	3. ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $B(C)/B(F) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส												

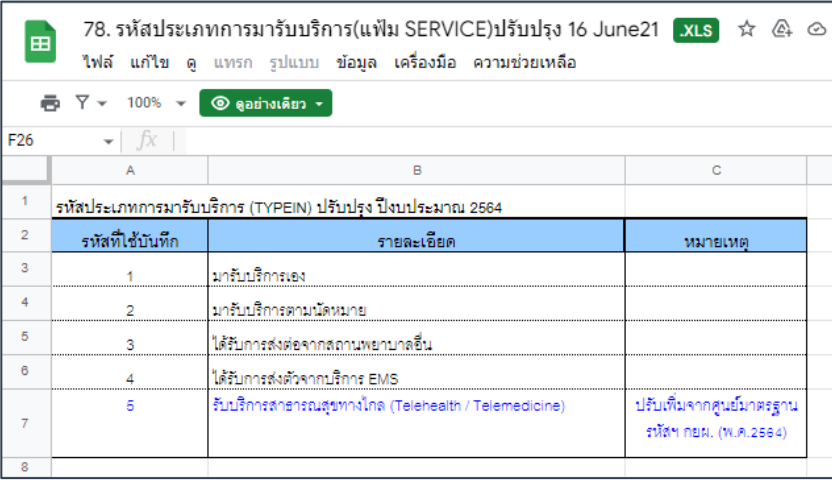
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการวิเคราะห์ข้อมูล - มีแผนงาน โครงการ - มีทะเบียนรายชื่อ กลุ่มเป้าหมาย - มีการดำเนินการตาม แผนงาน โครงการ	- มีการประชาสัมพันธ์ - มีการติดตาม ประเมินผล	- ประชากรกลุ่ม เป้าหมายได้รับการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และ ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test ร้อยละ 50	- ประชากรกลุ่ม เป้าหมายได้รับการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และ ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test >ร้อยละ 50 - มี Best Practice	- ประชากรกลุ่ม เป้าหมายได้รับการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และ ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test >ร้อยละ 50 - มีนวัตกรรม													
วิธีการประเมินผล	สำรวจและนิเทศติดตาม																
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขามะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง</td> <td>ร้อยละ</td> <td>97.08</td> <td>95.74</td> <td>96.88</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง	ร้อยละ	97.08	95.74	96.88
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง	ร้อยละ	97.08	95.74	96.88													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ												
ประเด็น	Colonoscopy มะเร็งลำไส้												
ด้าน	บริการ												
ตัวชี้วัดที่ 19	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy												
คำนิยาม	<p>1) การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หมายถึง ประชากรชาย หญิง ที่มีอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโน ที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off 100 mg/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องคุมอาหารก่อนการตรวจ วัดอุจจาระเพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งในรอบ 2 ปีงบประมาณ</p> <p>2) การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในระยะเริ่มต้น</p>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รายการตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 2566</th> <th>ปีงบประมาณ 2567</th> <th>ปีงบประมาณ 2568</th> <th>ปีงบประมาณ 2569</th> <th>ปีงบประมาณ 2570</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</td> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 55</td> <td>≥ ร้อยละ 60</td> <td>≥ ร้อยละ 65</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570	ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70
รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ปีงบประมาณ 2570								
ร้อยละผู้ที่มีผลผิดปกติมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 55	≥ ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 65	≥ ร้อยละ 70								
วัตถุประสงค์	เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test และผลผิดปกติ												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. จำนวนประชากรอายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test และผลผิดปกติ (F)</p> <p>2. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (CL) การบันทึก</p> <p>-การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน 43 แฟ้ม</p>												
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)												
รายการข้อมูล 1	A(F) = จำนวนประชากรไทยอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ผลผิดปกติ												
รายการข้อมูล 2	B(CL) = จำนวนประชากรไทยอายุ 50 – 70 ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ผลผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>-ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy</p> <p>= A(F)/B(CL)×100</p>												
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส												

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีการวิเคราะห์ข้อมูล - มีแผนงาน โครงการ - มีทะเบียนรายชื่อ กลุ่มเป้าหมาย - มีการดำเนินการตาม แผนงาน โครงการ	- มีการประชาสัมพันธ์ - มีการติดตาม ประเมินผล - มีการติดตามผู้ที่ตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ	- มีการติดตามผู้ที่ตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ ทุกราย - ผู้ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ ได้รับการ การส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ 50	- มีการติดตามผู้ที่ตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ ทุกราย - ผู้ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ ได้รับการ การส่องกล้อง Colonoscopy > ร้อยละ 50 - มี Best Practice	- มีการติดตามผู้ที่ตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ ทุกราย - ผู้ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test ที่ผลผิดปกติ ได้รับการ การส่องกล้อง Colonoscopy > ร้อยละ 50 - มีนวัตกรรม	
วิธีการประเมินผล	นิเทศติดตาม				
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขามะเร็ง 2. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ไส้ตรง ผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางกมลทิพย์ ณ สมาน โทรศัพท์ 081 493 8999 E-mail : Kthip2520@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	มะเร็งช่องปาก														
ด้าน	บริการ														
ตัวชี้วัดที่ 20	ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีารับบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก														
ค่านิยาม	<p>1.การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก หมายถึง กิจกรรมการตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก 9 บริเวณ ได้แก่ 1.ริมฝีปากบนและล่าง 2.กระพุ้งแก้มด้านขวาและด้านซ้าย 3.เหงือกบนและล่าง 4.เหงือกด้านหลังฟันกรามล่าง 5.เพดานแข็ง 6.เพดานอ่อน 7.ลิ้นด้านบนและด้านข้าง 8.ใต้ลิ้น 9.พื้นปาก โดยเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษา</p> <p>2. รอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก หมายถึง ลักษณะเนื้อเยื่อสีแดง สีขาว หรือ เป็นแผลในปากนานเกินกว่า 2 สัปดาห์ หรือพบลักษณะเป็นก้อนที่ไม่ปกติ</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40</td> <td>ร้อยละ 40</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40											
วัตถุประสงค์	<p>1.เพื่อค้นหาหรือโรคร้ายมะเร็งและมะเร็งช่องปาก</p> <p>2.เพื่อลดการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก</p>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีารับบริการ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข														
แหล่งข้อมูล	จากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	จากรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการทันตกรรม -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.21 OHSP ร้อยละของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง PMDs และ 17.22 OHSP ร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง PMDs (เป็นผลรวมของรายงานที่ 17.21 และ รายงานที่ 17.22) คอลัมน์ A														
รายการข้อมูล 2	จากรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการทันตกรรม -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 17.21 OHSP ร้อยละของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง PMDs และ 17.22 OHSP ร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง PMDs (เป็นผลรวมของรายงานที่ 17.21 และ รายงานที่ 17.22) คอลัมน์ B														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก</p> <p>(รายการข้อมูล 1 /รายการข้อมูล 2) x 100</p> <p>รายการข้อมูล 1 = ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก</p> <p>(นับผู้ที่ได้รับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษา + ลงเพิ่ม dental)</p> <p>รายการข้อมูล 2= ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีารับบริการ</p>														
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566														

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีแนวทางการดำเนินงานการคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก	- มีระบบการจัดการเรื่อง การคัดกรอง การส่งต่อรักษา และติดตามดูแลต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปในระดับอำเภอ	- ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปากร้อยละ 40	- ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก > ร้อยละ 40 - มีการปฏิบัติที่ดี หรือ Best Practice ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการหรือสิ่งดีในการพัฒนาการบริการทันตกรรม	ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีมารับบริการได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก > ร้อยละ 40 - มีนวัตกรรมความเป็นเลิศ ด้านบริการ/ นวัตกรรมความเป็นเลิศด้านการบริหารจัดการการงานทันตกรรม													
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย																
เอกสารสนับสนุน	-																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N/A</td> <td>ร้อยละ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	N/A	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
N/A	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางรุษลระ บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 โทรศัพท์ 0860319603 E-mail : dental.narassj@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางรุษลระ บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 โทรศัพท์ 0860319603 E-mail : dental.narassj@gmail.com																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	PA เขต
ประเด็น	Telemedicine กลุ่ม NCD
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละของผู้ป่วย NCD ได้รับคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางผ่าน Telemedicine
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล Telehealth/Telemedicine” อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564</p> <p>(https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/)</p>  <p>บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากรหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพ และอย่างน้อยจังหวัดละ 3 โรงพยาบาล โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่ มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย) มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ

	<p>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 3. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่ 4. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ 5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริษัทที่ให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ 6. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้ 7. รพ. จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล 8. รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 9. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยาที่บ้านได้ <p>หมายเหตุ ศทส. จะแจ้งเวียนแบบสอบถาม และระบบประเมินความพึงพอใจ ภายในเดือนมกราคม 2566</p> <p>แนวทางการตรวจ ติดตาม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เขตสุขภาพ ตามแบบสอบถาม รวบรวมและส่งรายชื่อ รพ. (รพศ./รพท./รพช.) ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกล ให้แก่ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มกราคม 2566 2. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2566 3. ใช้การสื่อสารผ่านระบบ online (Webex Meeting , Line Official @ictmoph , Line OpenChat https://moph.cc/oDOmHwsNs) 4. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ HDCService 5. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ (ตอบเฉพาะหน่วยที่มีข้อมูล update) ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566 6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 3 ของจำนวนครั้ง การนัดหมายรับ บริการในกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง และ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังทั้งหมด ต่อ โรงพยาบาล	มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 ของจำนวนครั้ง การนัดหมายรับ บริการในกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง และ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังทั้งหมด ต่อ โรงพยาบาล	มีจำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนครั้ง การนัดหมายรับ บริการในกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง และ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังทั้งหมด ต่อ โรงพยาบาล	และมีจำนวนครั้ง การให้บริการ การแพทย์ ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนครั้ง การนัดหมายรับ บริการในกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง และ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังทั้งหมด ต่อ โรงพยาบาล	และมีจำนวนครั้ง การให้บริการ การแพทย์ ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้ง การนัดหมายรับ บริการในกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่ม เปราะบาง และ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังทั้งหมด ต่อ โรงพยาบาล
	<ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ที่บันทึกลงในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุข ทางไกลTelehealth/Telemedicine” ปีงบประมาณ 68 – 70 คำนวณร้อยละ จำนวนครั้งการให้บริการ การแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด • รพ. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป / ชุมชน / รพ.สต. 				
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ ได้มากขึ้น 				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ <ol style="list-style-type: none"> 1. บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2568 - 2570 				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th 2. https://ict.moph.go.th/th/extension/1168 3. แบบสอบถามตอบกลับจากหน่วยงาน 				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)”)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ปี 2566 – 2567 = A **นับจำนวนเท่านั้น**</p> <p>ปี 2568 – 2570 = (A/B) x 100</p>				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน				

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
<ul style="list-style-type: none"> - มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจน - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ - มีสถานที่และอุปกรณ์ให้บริการการแพทย์ทางไกล - มีทะเบียนรายชื่อเป้าหมายผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อรับบริการการแพทย์ทางไกล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมกำกับ ติดตามการดำเนินงานอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลอย่างน้อย ร้อยละ 3 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อโรงพยาบาล - มีแนวทางและเกณฑ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล > ร้อยละ 3 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อโรงพยาบาล - มี Best Practiced การให้บริการการแพทย์ทางไกล - มีช่องทางในการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเบื้องต้น เช่น ลงทะเบียนทำนัดหมายพบแพทย์ ตรวจสอบสิทธิ์ในการรักษา แสดงตารางวันนัดพบแพทย์ รวมถึงให้บริการพบแพทย์ออนไลน์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล > ร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อโรงพยาบาล - มีนวัตกรรมในการให้บริการการแพทย์ทางไกลในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 	
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด 2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายไอทีผ่านระบบประชุมทางไกล 				
เอกสารสนับสนุน	<p>คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานเพิ่ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ</p> <p>https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43File_Structure-020364.pdf หรือลิงก์ย่อ https://moph.cc/h0DBTprMn</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล	จำนวน	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. นายจรูญศักดิ์ เวทมาหะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 096-8519125 E-mail: itprtnw@gmail.com 2. นายไพฑอล สาและ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-0276663 E-mail: itprtnw@gmail.com <p>ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์</p>				

หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7353 2056 E-mail : itprtnw@gmail.com
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายไพชอล สาและ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-0276663 E-mail: itprtnw@gmail.com ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษัชกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com

กลุ่ม	นโยบายสสจ.
ประเด็น	แพทย์แผนไทยในระดับปฐมภูมิ
ด้าน	บริการ
ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>1. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีนอนมัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <p>03 สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม</p> <p>04 สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</p> <p>08 ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</p> <p>13 ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร <ul style="list-style-type: none"> - การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง - การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคสตรี: U50 ถึง U52 2. โรคเด็ก: U54 ถึง U55 3. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U56 ถึง U60

	<p>4. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U61 ถึง U72</p> <p>5. โรคและอาการอื่น: U74 ถึง U75</p> <p>6. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U77</p> <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081)</p> <p>1100 ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1101 การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1102 ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>11020 การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1103 ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>1104 การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>1105 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11050 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11051 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11052 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>11053 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>11058 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>1106 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>11060 การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>1107 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>11070 การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>11071 การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารร่างกายด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>1108 การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>11080 การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>11081 การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183)</p> <p>11100 การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>11101 การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>11102 การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>11103 การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>11104 การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนิร์ฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>11105 การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>11110 การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>11111 การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)</p> <p>11112 การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p> <p>11113 การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น</p> <p>11180 การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>11181 การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเร เรกิ เป็นต้น</p> <p>11182 การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>11183 การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิธธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)</p> <p>3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p>
--	--

	รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน 1. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U78 2. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U79														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 35</td> <td>ร้อยละ 37</td> <td>ร้อยละ 39</td> <td>ร้อยละ 41</td> <td>ร้อยละ 43</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 35	ร้อยละ 37	ร้อยละ 39	ร้อยละ 41	ร้อยละ 43
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 35	ร้อยละ 37	ร้อยละ 39	ร้อยละ 41	ร้อยละ 43											
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับบริการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ระดับปฐมภูมิ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข														
แหล่งข้อมูล	43 แพ้ม (PERSON / SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือ U78 ถึง U79 หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 หรือการให้หัตถการแผนไทย (100-77-00 ถึง 999-78-88) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (100-79-00 ถึง 999-79-99) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (1100 ถึง 11081) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (11100 ถึง 11183) อย่างไม่อย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า 1 รายการ ก็ไม่นับเป็นการบริการ 1 ครั้ง (visit)														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ 03, 04, 08, 13, 18 โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50 ถึง U76 หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U78 ถึง U79														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<p>- คณะกรรมการบริหารระดับ คปสอ. มีการประชุมและวางแผนด้านการเพิ่มอัตรากำลังบุคลากรตามโครงสร้าง FTE ด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>- มีแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ</p> <p>- มีบุคลากรในหน่วยงานผ่านการอบรมการใช้ยาสมุนไพร / แพทย์แผนไทยในหน่วยบริการ</p> <p>- มีคู่มือแนวทางการบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>- มีแผนงานโครงการกิจกรรมการบริการด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>- มียาสมุนไพรในรพ.สต. ≥ 10 รายการ</p>	<p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานให้มีความรู้การรักษาด้านแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อสามารถจ่ายยาสมุนไพรในหน่วยบริการ</p> <p>- มีการใช้ยาสมุนไพรไม่น้อยกว่า 7 รายการ</p> <p>- ให้มีบริการด้านการแพทย์แผนไทยครบทั้ง 4 ด้าน</p> <p>- ติดตามผลการดำเนินงานและมีการทบทวนปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติด้านการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>- ประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต. พท. ระดับดีมาก</p> <p>- แพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ ในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง</p> <p>- ร้อยละประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 35</p>	<p>- ร้อยละประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก > ร้อยละ 35</p> <p>- มีแนวทางปฏิบัติที่ดี Best Practice</p>	<p>- ร้อยละประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก > ร้อยละ 35</p> <p>- มีนวัตกรรมงานวิจัย/ R2R ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>- เป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับเขตสุขภาพที่ 12</p>

วิธีการประเมินผล

1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข
2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

เอกสารสนับสนุน

1. คู่มือการพัฒนากระบวนการบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. แนวทางการให้บริการการแพทย์แผนไทยแบบบูรณาการในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

รายละเอียด

ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางมนทกาญจน์ ทองจินดา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 081 598 3330 2. นางจรรยา เหลือมปุ๋ย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 084 965 3883
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์.073 532056-59 ต่อ 307
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจรรยา เหลือมปุ๋ย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 084 965 3883
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซ๊ะ เกสักรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com

กลุ่ม	นโยบายสสจ.
ประเด็น	การดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วย Intermediate Care
ด้าน	การบริการ
ตัวชี้วัดที่ 23	ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69</p> <p>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตก หรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคมวาตา และลมอุทังคมวาตา พัดระคนกัน (แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์, 2542: 2546) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U61.0 ถึง U61.19</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก <ul style="list-style-type: none"> - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การฝังเข็ม 3. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเกวาล์ยเปียง, และยาสหัสธารามาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, 2558) <p>เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I60 - เลือดออกในสมองใหญ่: I61 - เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I62 - เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I63 - โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I64 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I65 - การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I66 - โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I67

	<p>- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I68</p> <p>- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I69</p> <p>2. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U61.0 - อัมพาตครึ่งซีก: U61.10 - อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U61.11 - อัมพาตทั้งตัว: U61.12 - อัมพาตเฉพะแขน: U61.13 - อัมพาตเฉพะขา: U61.14 - อัมพาตหน้า: U61.15 - อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U61.18 - อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U61.19 <p>ควบคุมให้การให้หัตถการแผนไทย (100-77-00) ถึง (999-78-88) หรือให้หัตถการแผนไทย ควบคุมให้การสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>3. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U78.110 - อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U78.111 - โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U78.112 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U78.113 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U78.114 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U78.115 - โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U78.116 - อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U78.117 <p>ควบคุมให้การให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <p>9991801 Electro-acupuncture therapy 9991810 Single-handed needle insertion 9021801 Subcutaneous electro-needling 9991811 Double-handed needle insertion 9031801 Muscle electro-needling</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 3</td> <td>ร้อยละ 4</td> <td>ร้อยละ 5</td> <td>ร้อยละ 6</td> <td>ร้อยละ 7</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 3	ร้อยละ 4	ร้อยละ 5	ร้อยละ 6	ร้อยละ 7							
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ในพื้นที่รับผิดชอบ</p>										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในพื้นที่รับผิดชอบ - ควบคู่กับ U61.0 ถึง U61.19 และให้หัตถการแผนไทย (900-77-00) ถึง (900-78-88) - หรือควบคู่กับ U78.110 ถึง U78.117 และให้หัตถการแพทย์แผนจีน 9991801 หรือ 9991810 หรือ 9021801 หรือ 9991811 หรือ 9031801 อย่างใดอย่างหนึ่ง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ที่มีประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส 3 ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I60 ถึง I69 ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมินปี 2566 :

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งคณะกรรมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate care ระดับ คป.สอ. ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน สหวิชาชีพ และตัวแทน คป.สอ. - มีคู่มือหรือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate care ด้วยการแพทย์แผนไทยฯ - มีแผนงานโครงการกิจกรรมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate care ด้วยการแพทย์แผนไทยฯ - มีทะเบียนรายงานข้อมูลการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate care ด้วยการแพทย์แผนไทยฯ - ประชุมและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะทำงานการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate Care 	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดตั้งกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนหรือนัดประชุมทีมเพื่อวางแผนการรักษา ดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate Care ในรูปแบบต่างๆ เช่น ไลน์กลุ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดรูปแบบ/โปรแกรม/แผนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate Care ตามบริบทพื้นที่ - การจัดการข้อมูลการรับและการส่งต่อผู้ป่วย Intermediate Care ผ่านกลุ่ม Line, Telegram หรือโปรแกรมอื่นๆ - ผลการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะ Intermediate Care ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 3 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น ให้บริการ One stop service ระหว่างงานบริการและงานฟื้นฟู, จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน, จัดศูนย์ให้คำปรึกษาในชุมชน - ผลการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะ Intermediate Care ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก > ร้อยละ 3 - มี Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - ผลการดูแลผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะ Intermediate Care ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก > ร้อยละ 3 - มีนวัตกรรมงานวิจัย/ R2R ที่ทำให้ผู้ป่วย IMC ได้เข้าถึงบริการและได้รับการฟื้นฟูด้วยแพทย์แผนไทยฯ - เป็นหน่วยงานต้นแบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ระดับเขต และระดับประเทศ

วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. นิเทศงานผู้รับผิดชอบระดับโรงพยาบาล																							
เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการพัฒนากระบวนการบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 2. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 3. คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical Practice Guideline) การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง(Intermediate Care) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 4. แนวทางการจัดบริการฝังเข็มโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู 5. ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2566 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองฯ (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ</td> <td>คน</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ และมี การวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I60 - I69 ตามด้วยรหัสโรค U78110 – U78117</td> <td>คน</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td colspan="2">คิดเป็นร้อยละ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองฯ (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ	คน	N/A	N/A	N/A	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ และมี การวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I60 - I69 ตามด้วยรหัสโรค U78110 – U78117	คน	N/A	N/A	N/A	คิดเป็นร้อยละ		N/A	N/A	N/A
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		2563	2564	2565																				
จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองฯ (Intermediate Care) ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ	คน	N/A	N/A	N/A																				
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการ และมี การวินิจฉัยโรคและอาการ ที่มีรหัส 3 หลัก ขึ้นต้นด้วย I60 - I69 ตามด้วยรหัสโรค U78110 – U78117	คน	N/A	N/A	N/A																				
คิดเป็นร้อยละ		N/A	N/A	N/A																				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางมนทกาญจน์ ทองจินดา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 081 598 3330 2.นายคงฤช คำหวัง แพทย์แผนไทย โทรศัพท์. 0872880162																							
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์.073 532056-59 ต่อ 307																							
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายคงฤช คำหวัง แพทย์แผนไทย โทรศัพท์. 0872880162																							
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษักรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com																							

กลุ่ม	นโยบายสสจ.																			
ประเด็น	ผู้ป่วยในพระบรม																			
ด้าน	บริการ																			
ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ																			
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วย หมายถึง ผู้ที่เข้ารับบริการสุขภาพรูปแบบใด ๆ จากแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยจากโรคหรือการบาดเจ็บ และจำเป็นต้องได้รับการรักษา</p> <p>ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน รวมถึงบุคคลผู้ซึ่งทำความดีแก่สังคมแต่ต้องประสบเคราะห์กรรม หรือผู้ประสบภัยอันเป็นที่สลดใจ ที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ หมายถึง ผู้ที่ป่วยหนัก ประสบเคราะห์กรรม มีฐานะยากจน ที่พระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ ทรงรับไว้เป็น “ผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์” พร้อมพระราชทานหนังสือรับรองการเป็นผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายที่จำเป็น และค่ารักษาพยาบาลในทุกขั้นตอน หรือค่ายา</p> <p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์ ของจังหวัด หมายถึง กลไกการบริหารจัดการในรูปคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นกรรมการและเลขานุการ</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพ หมายถึง การสนับสนุน ประสานงาน และส่งต่อการดูแลรักษา บำบัด ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย และมีการติดตามอาการของผู้ป่วยฯ อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการช่วยเหลือด้านอื่นๆ โดยมีการดำเนินการ 5 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับที่ 1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม ระดับจังหวัด โดยมีสาธารณสุขอำเภอหรือผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอเป็นคณะทำงาน</p> <p>ระดับที่ 2 คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง และแนวทางการดำเนินงานของสำนักโครงการพระราชดำริฯ</p> <p>ระดับที่ 3 ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ</p> <p>ระดับที่ 4 คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบ ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ระดับที่ 5 มีการรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 3 เดือน (ต.ค. , ม.ค. , เม.ย. ,มิ.ย.) และสรุปผลการดูแลติดตามอาการของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นรายปี ณ วันที่ 30 ก.ย. ของทุกปี</p> <p>การรายงานผลการติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม หมายถึง การรายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา โดยผู้รับผิดชอบรายงานข้อมูลคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หรือผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ</p>																			
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ร้อยละ 60</td> <td>≥ร้อยละ 70</td> <td>≥ร้อยละ 80</td> <td>≥ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100					
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																
≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 90	ร้อยละ 100																

วัตถุประสงค์	1) เพื่อติดตามการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ 2) เพื่อให้พื้นที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ 2) ผู้รับผิดชอบงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ ทั้ง 13 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงาน รายงานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล และอาการของผู้ป่วย ตามนัด หรือทุกครั้งที่มีผู้ป่วยเดินทางไปโรงพยาบาล เพื่อรับการรักษา หรือทุก 3 เดือน (พ.ย. , ก.พ. , พ.ค. , ส.ค.) และสรุปผลการติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม เป็นรายปี ณ วันที่ 30 กันยายน ของทุกปี
แหล่งข้อมูล	รายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ โรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 13 แห่ง
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยฯ ที่ได้รับการรักษา ติดตามเยี่ยมบ้าน ดูแลต่อเนื่อง และมีการรายงานผลการติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ = (A / B) *100
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีการแต่งตั้งคณะทำงานในการลงติดตามผู้ป่วยในพระบรมฯ ระดับอำเภอ พร้อมทั้งกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ - มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ทุกราย	- คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ร่วมบูรณาการจัดทำแผน/แนวทางการดูแลผู้ป่วยฯ ตามคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ - มีการลงข้อมูล ติดตามการรักษาของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์/พระราชานุเคราะห์ เดือนละ 1 ครั้ง รายงานข้อมูลเป็นปัจจุบัน - การลงเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งลงข้อมูลการเยี่ยมบ้าน มีหลักฐานโดยประจักษ์ เช่น รูปถ่าย ณ ปัจจุบันของผู้ป่วยฯ สภาพแวดล้อมบ้านที่อยู่อาศัย	- ขยายการดำเนินงานสู่ระดับพื้นที่ เช่น ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้เข้าถึงการดูแล และติดตามผู้ป่วยฯ - มีการรายงานผลการติดตามผู้ป่วยในพระบรมฯ ในรูปแบบคณะทำงานระดับอำเภอให้กับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง - ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 60	- มีการประสานงานคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ฯ ให้การดูแลช่วยเหลือ และติดตามผู้ป่วยฯ อย่างเป็นระบบร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - - ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ > ร้อยละ 60	- ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ > ร้อยละ 60 - มีการรายงานผลการติดตามรายเดือนทุกครั้งที่มีการรักษาหรือเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา รายไตรมาส และรายปี ส่งให้จังหวัด ครบถ้วนและสมบูรณ์ - มีการจัดทำโครงการ/นวัตกรรม เพื่อนำไปพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในพระบรมฯ

วิธีการประเมินผล	<p>1) รวบรวม และวิเคราะห์ผลจากการรายงานข้อมูลการรักษาติดตามผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ และผู้ด้อยโอกาสในสังคม และรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ครบถ้วน และสมบูรณ์</p> <p>2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย ลงตรวจเยี่ยมการดำเนินงาน</p> <p>3) มีคำสั่งจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยฯ ระดับอำเภอ (ถ้ามี)</p>													
เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการดำเนินงานผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ สำนักพระราชวัง													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" data-bbox="359 517 1449 734"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
ร้อยละผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ	NA	NA	NA										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางปาริชาติ ชูทิพย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์. 089-7330896 นางสาวรัชชา หะยีปือราเอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์. 090-2283490													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ฝ่ายสนับสนุนงานในโครงการพระราชดำริ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวรัชชา หะยีปือราเอง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์. 090-2283490 Line ID ; musum1988 Email address ; warachsaran@gmail.com													
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339													

ด้านบริหาร

กลุ่ม	ตรวจราชการ
ประเด็น	วิกฤตทางการเงินระดับ 7
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 25	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 7
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้ อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียนหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วยสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3.อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่า เงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4.ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยหนี้สินหมุนเวียน 5.(Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการ ข้างต้นถูกนำมาใช้ประเมินเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมี คากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับคากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2.กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเขาสุปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.2 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้นำหน้าของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว 4 มาใช้ในการจัดกลุ่ม โรงพยาบาลที่ประสพวิกฤตทางการเงินแปด 7 ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ 0-1 ปกติ</p> <p>ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 4 คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 5 คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 6 เดือน</p> <p>ระดับ 6 คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 3 เดือน</p> <p>ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้น ไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 3 เดือน ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการ ประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยแก้ไขปัญหภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>

	การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2566 มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง มาตรการที่ 1 : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting) มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และ ด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency) มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health) มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency)																			
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 7</td> <td>ระดับ 7</td> <td>ระดับ 7</td> <td>ระดับ 7</td> <td>ระดับ 7</td> </tr> <tr> <td>≤ ร้อยละ 2</td> <td>≤ ร้อยละ 2</td> <td>≤ ร้อยละ 2</td> <td>≤ ร้อยละ 2</td> <td>≤ ร้อยละ 2</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ระดับ 7	ระดับ 7	ระดับ 7	ระดับ 7	ระดับ 7	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																
ระดับ 7	ระดับ 7	ระดับ 7	ระดับ 7	ระดับ 7																
≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2	≤ ร้อยละ 2																
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการ การเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ 2. เพื่อประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ																			
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส																			
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ																			
รายการข้อมูล 1	-																			
รายการข้อมูล 2	-																			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-																			
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566																			
เกณฑ์การประเมินปี 2566:	ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566 1. หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ ดี 2. หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์ 3. หน่วยบริการใช้ Financial Early Evaluation Detection (FEED) และมีการตรวจสอบประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ 4. หน่วยบริการมีการแก้ไขปัญหาที่พบตาม FEED (รพท. 15 ข้อ, รพช. 16 ข้อ) 5. หน่วยบริการมีการกำกับ ติดตาม และสนับสนุน ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การรายงานคณะกรรมการบริหาร ฯลฯ																			
ข้อที่	กิจกรรม	คะแนน รพท.	คะแนน รพช.																	
	ผลการคัดกรอง																			
1	-EBITDAเป็นบวก	1																		
2	-กำไรสุทธิ (NI)	1	1																	
3	-Cash Ratio > 0.8	1	1																	
4	-Current Ratio >1.5	1	1																	
5	-NWC เป็นบวก		1																	
6	-Quick Ratio > 1		1																	

	ผลประสิทธิภาพ		
1	-ประสิทธิภาพการทำกำไร (Operating Margin) > ค่ากลาง	1	1
2	-CMI ผ่านเกณฑ์	1	1
3	-การบริหารสินค้าคงคลัง ประเภทยา (Inventory Management) ≤ 60 วัน	1	1
4	-อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	1	1
5	-ค่ายา < ค่ากลาง	1	1
6	-ค่าLC < ค่ากลาง	1	1
7	-ค่าLAB < ค่ากลาง	1	1
8	-อัตราครองเตียง ≥ 80 %	1	1
9	-ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) UC ≤ 60 วัน	1	1
10	-7 Plus ผ่านเกณฑ์	1	1
11	-Quick Method ผ่านเกณฑ์	1	1
	รวมคะแนน	15	16

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- หน่วยบริการมีศูนย์ จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี	- ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบัญชีผ่าน เกณฑ์ระดับจังหวัด - CUP มีการจัดสรรเงิน อย่างเพียงพอ	- พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านการเงิน การคลัง ดานเศรษฐกิจ สุขภาพ และด้าน หลักประกันสุขภาพ - มีการใช้ Financial Early Evaluation Detection (FEED) และมีการตรวจสอบ ประสิทธิภาพอย่าง สม่ำเสมอ - หน่วยบริการไม่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7	- เพิ่มประสิทธิภาพการ บริหารด้านการเงิน การคลัง - หน่วยบริการไม่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 - มีการแก้ไขปัญหาที่ พบตาม FEED (รพท. 15 ข้อ, รพช. 16 ข้อ) - มี Best Practice	- ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพทาง การเงิน วางระบบ เผื่อระวัง - หน่วยบริการไม่ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงินระดับ 7 - มี นวัตกรรม

วิธีการประเมินผล	การวัด/วิเคราะห์				
เอกสารสนับสนุน	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงินระดับ 7	ร้อยละ	NA	NA	NA

<p>ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 087 289 5488 E-mail: tay.15tay@gmail.com 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com</p>
<p>หน่วยงาน ประมวผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com</p>
<p>ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด</p>	<p>นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339</p>

กลุ่ม	ตรวจราชการ
ประเด็น	วิกฤตทางการเงินระดับ 6
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 26	ร้อยละของหน่วยบริการประสพภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ 6
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่มีวิกฤตทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7 (Risk Scoring) โดยใช้อัตรา สวนทางการเงิน 5 รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน 5 รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียนหารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 2.อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วยสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 3.อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่า เงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน 4.ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วยหนี้สินหมุนเวียน 5.(Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย อัตราส่วนทางการเงินทั้ง 5 รายการ ข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโยกกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมี คากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับคากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 CR < 1.5 1.2 QR < 1.0 1.3 Cash < 0.8 2.กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> 2.1 แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < 0 2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < 0 3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเขาสุญญากาศเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> 3.1 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน* 3.2 NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 6 เดือน <p>*โดยให้นำหน้าของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น 2 เท่า ทั้งนี้สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าวมาใช้ในการจัดกลุ่ม โรงพยาบาลที่ประสพวิกฤตทางการเงิน เป็น 7 ระดับ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ระดับ 0-1 ปกติ ระดับ 2 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 3 คาดว่าจะดีขึ้นภายใน 3 เดือน ระดับ 4 คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 5 คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 6 เดือน ระดับ 6 คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 3 เดือน ระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้น ไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วย บริการที่ใดระดับ 7 ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ 6 ที่คาดว่าจะประสพปัญหาภายใน 3 เดือน ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการ ประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยแก้ไขปัญหามาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>

	การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี 2566 มาตรการในการขับเคลื่อนด้านการเงินการคลัง มาตรการที่ 1 : พัฒนาระบบบัญชีบริหาร (Accounting) มาตรการที่ 2 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Budgeting) มาตรการที่ 3 : พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ และ ด้านหลักประกันสุขภาพ (Competency) มาตรการที่ 4 : เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารด้านการเงินการคลัง (Division of regional health) มาตรการที่ 5 : ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน วางระบบเฝ้าระวัง (Efficiency)				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4	ระดับ 6 ≤ ร้อยละ 4
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้หน่วยบริการสามารถบริหารจัดการ การเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส				
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	-				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลา ประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566				

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

- 1.หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพระดับ ดี
- 2.หน่วยบริการมีคุณภาพบัญชีระดับจังหวัด ผ่านเกณฑ์
- 3.หน่วยบริการใช้ Financial Early Evaluation Detection (FEED) และมีการตรวจสอบประสิทธิภาพอย่างสม่ำเสมอ
- 4.หน่วยบริการมีการแก้ไขปัญหาที่พบตาม FEED (รพท. 15 ข้อ, รพช. 16 ข้อ)
- 5.หน่วยบริการมีการกำกับ ติดตาม และสนับสนุน ที่มีประสิทธิภาพ เช่น การรายงานคณะกรรมการบริหาร ฯลฯ

ข้อที่	กิจกรรม	คะแนน รพท.	คะแนน รพช.
	ผลการคัดกรอง		
1	-EBITDAเป็นบวก	1	
2	-กำไรสุทธิ (NI)	1	1
3	-Cash Ratio > 0.8	1	1
4	-Current Ratio >1.5	1	1
5	-NWC เป็นบวก		1
6	-Quick Ratio > 1		1
	ผลประสิทธิภาพ		
1	-ประสิทธิภาพการทำการกำไร (Operating Margin) > ค่ากลาง	1	1
2	-CMI ผ่านเกณฑ์	1	1
3	-การบริหารสินค้าคงคลัง ประเภทยา (Inventory Management) ≤ 60 วัน	1	1
4	-อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	1	1
5	-ค่ายา < ค่ากลาง	1	1
6	-ค่าLC < ค่ากลาง	1	1
7	-ค่าLAB < ค่ากลาง	1	1
8	-อัตราครองเตียง ≥ 80 %	1	1
9	-ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ (Average Collection Period) UC ≤ 60 วัน	1	1
10	-7 Plus ผ่านเกณฑ์	1	1
11	-Quick Method ผ่านเกณฑ์	1	1
	รวมคะแนน	15	16

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- หน่วยบริการมีศูนย์ จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี	- ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการบัญชีผ่าน เกณฑ์ระดับจังหวัด - CUP มีการจัดสรรเงิน อย่างเพียงพอ	- พัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านการเงิน การคลัง ด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ และदान หลักประกันสุขภาพ - มีการใช้ Financial Early Evaluation Detection (FEED) และมีการตรวจสอบ ประสิทธิภาพอย่าง สม่ำเสมอ - หน่วยบริการไม่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6	- เพิ่มประสิทธิภาพการ บริหารด้านการเงิน การคลัง - หน่วยบริการไม่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 6 - มีการแก้ไขปัญหาที่ พบตาม FEED (รพท. 15 ข้อ, รพช. 16 ข้อ) มี Best Practice	- ติดตาม กำกับ เครื่องมือประเมิน ประสิทธิภาพทาง การเงิน วางระบบ เผื่อระวัง - หน่วยบริการไม่ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงินระดับ 6 - มีนวัตกรรม													
ประเมินผล	การวัด/วิเคราะห์																
เอกสารสนับสนุน	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงินระดับ 6</td> <td>ร้อยละ</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงินระดับ 6	ร้อยละ	NA	NA	NA
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
			2563	2564	2565												
ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงินระดับ 6	ร้อยละ	NA	NA	NA													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 087 289 5488 E-mail: tay.15tay@gmail.com 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339																

กลุ่ม	ตรวจราชการ								
ประเด็น	การลงทุนด้วยเงินบำรุง								
ด้าน	บริหาร								
ตัวชี้วัดที่ 27	ร้อยละของการกำกับติดตามการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน								
คำนิยาม	<p>วงเงินลงทุน หมายถึง วงเงินลงทุนปีงบประมาณ 2566 เพื่อใช้ในการลงทุนตามนโยบาย Environment Modernization and Smart Service : EMS และ Work Live Balance</p> <p>เงินลงทุน หมายถึง เงินลงทุนด้วยเงินบำรุง เงินลงทุนใช้ไป หมายถึงจำนวนการเบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) เพื่อการลงทุนตามนโยบาย โครงการลงทุนตามนโยบาย ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Environment Modernization and Smart Service : EMS <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Environment เช่น โซลาร์เซลล์ ระบบบำบัดน้ำเสีย อาคารจอดรถ ฯ 1.2. Modernization, Smart ER / OPD เป็นการลงทุนเพื่อปรับให้มีการบริการดี ทันสมัย สะดวกสบาย รอไม่นาน 2.Work Live Balance ปรับปรุงและก่อสร้างที่พักอาศัย 								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30</td> <td>มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60</td> <td>มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	-มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30	มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68							
-มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30	มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	มีแผนการลงทุน 3 ปี และ แผนเงินบำรุง 3 ปี ร้อยละ 100 -เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1.เพื่อให้หน่วยบริการมีแผนการลงทุนอย่างมีประสิทธิภาพ 2.เพื่อให้หน่วยบริการมีการจัดทำแผนการเงินล่วงหน้า 3 ปี 3.เพื่อกำกับติดตามการเบิกจ่ายแผนการลงทุนของหน่วยบริการให้เป็นไปตามเป้าหมาย 								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	แผนเงินลงทุนของ 3 ปี โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการเบิกจ่ายรายไตรมาสของโรงพยาบาลทุกแห่ง								
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส								
รายการข้อมูล 1	A = การเบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ตามนโยบายการลงทุน								
รายการข้อมูล 2	B = วงเงินลงทุนตามนโยบายการลงทุน ปีงบประมาณ 2566								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566								
เกณฑ์การประเมินปี 2566:	<p>ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไตรมาส 1 หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุง 3 ปี แผนลงทุน 3 ปี 2. ไตรมาส 2 หน่วยบริการมีแผนเงินบำรุง 1 ปี แผนลงทุน 1ปี 3. ไตรมาส 3 หน่วยบริการเบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) เพื่อการลงทุนตามนโยบาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของวงเงินลงทุนปีงบประมาณ 2566 4. ไตรมาส 4 หน่วยบริการเบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) เพื่อการลงทุนตามนโยบาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30 ของวงเงินลงทุนปีงบประมาณ 2566 								

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีคำสั่งคณะกรรมการวางแผนเงินบำรุง - มีแผนรับจ่ายเงินบำรุง - มีแผนการลงทุน	- มีแผนเจ้าหนี้ และแผนลูกหนี้	- เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) ร้อยละ 10	- เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) > ร้อยละ 10 - มี Best Practice	- เบิกจ่ายงบลงทุน (เงินบำรุง) > ร้อยละ 10 - มีนวัตกรรม	
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินจากแผนการลงทุนของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานจังหวัดนราธิวาส 13 แห่ง 2. รายไตรมาส				
เอกสารสนับสนุน	รายงานผลการเบิกจ่ายรายไตรมาสของโรงพยาบาลทุกแห่ง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของการกำกับติดตามการลงทุนด้วยเงินบำรุงตามนโยบายการลงทุน	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 087 289 5488 E-mail: tay.15tay@gmail.com 2.นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวรัชดา คำมณี นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 099 975 4829 E-mail: 2013ratchata@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339				

กลุ่ม	PA เขต														
ประเด็น	การก่อกำหนดผู้กักเงินงบประมาณ														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 28	ร้อยละการก่อกำหนดผู้กักเงินงบประมาณ														
คำนิยาม	งบค่าเสื่อม เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด มีวัตถุประสงค์เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการก่อกำหนดผู้กักเงินงบประมาณ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ. ทุกแห่ง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากระบบรายงานการใช้จ่ายงบประมาณ สปสช. ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566														
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานการใช้จ่ายงบประมาณ สปสช. (https://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget)														
รายการข้อมูล 1	A=วงเงินงบประมาณปีงบประมาณ 2566 ที่มีการก่อกำหนดผู้กัก ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566														
รายการข้อมูล 2	B=วงเงินงบประมาณปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับจัดสรร														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100														
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566														
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566															
<table border="1"> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> <tr> <td>วงเงินก่อกำหนดผู้กักน้อยกว่าร้อยละ 70</td> <td>วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 70 – 79.99</td> <td>วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 80 – 89.99</td> <td>วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 90 – 99.99</td> <td>วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 100</td> </tr> </table>						1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	วงเงินก่อกำหนดผู้กักน้อยกว่าร้อยละ 70	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 70 – 79.99	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 80 – 89.99	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 90 – 99.99	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 100
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
วงเงินก่อกำหนดผู้กักน้อยกว่าร้อยละ 70	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 70 – 79.99	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 80 – 89.99	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 90 – 99.99	วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 100											
วิธีการประเมินผล	ระดับ 1 = วงเงินก่อกำหนดผู้กักน้อยกว่าร้อยละ 70 ระดับ 2 = วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 70 – 79.99 ระดับ 3 = วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 80 – 89.99 ระดับ 4 = วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 90 – 99.99 ระดับ 5 = วงเงินก่อกำหนดผู้กัก ร้อยละ 100														

เอกสารสนับสนุน	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ส่วนที่ ๖ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายใน ลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่า เชื้อมราคาของหน่วยบริการ)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนครราชสีมา	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	วงเงินก้อนนี้ผูกพันงบค่า เชื้อม	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายอรรถพล ขวัญเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์.089-4685426 E-mail: attapolkh@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์. 087-2895488 E-mail: tay.15tay@gmail.com				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339				

กลุ่ม	PA เขต														
ประเด็น	การเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมครุภัณฑ์														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 29	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมครุภัณฑ์														
คำนิยาม	<p>งบค่าเสื่อม เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 37/2559 เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ 5 กรกฎาคม พุทธศักราช 2559 ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด</p> <p>มีวัตถุประสงค์เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดทำ และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมครุภัณฑ์														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ. ทุกแห่ง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม สปสช. ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566														
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม สปสช. (https://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget)														
รายการข้อมูล 1	A=วงเงินงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 ประเภทรายการครุภัณฑ์ที่มีการเบิกจ่าย ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566														
รายการข้อมูล 2	B=วงเงินงบค่าเสื่อมประเภทรายการครุภัณฑ์ปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับจัดสรร														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566														
<p>เกณฑ์การประเมินปี 2566:</p> <p>ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>						1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป											
วิธีการประเมินผล	<p>ระดับ 1 = วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75</p> <p>ระดับ 2 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99</p> <p>ระดับ 3 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99</p> <p>ระดับ 4 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99</p> <p>ระดับ 5 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป</p>														
เอกสารสนับสนุน	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ส่วนที่ ๖ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)														

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	วงเงินเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม (รวม ทุกวงเงิน)	ร้อยละ	47.12	NA	39.41
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายอรรถพล ขวัญเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์: 089-4685426 E-mail: attapolkh@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ) โทรศัพท์: 087-2895488 E-mail: tay.15tay@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339				

กลุ่ม	PA เขต														
ประเด็น	การเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมสิ่งก่อสร้าง														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 30	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมสิ่งก่อสร้าง														
คำนิยาม	<p>งบค่าเสื่อม เป็นค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นการเบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน โดยขอบเขตบริการเป็นไปตามคำสั่งหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ ๓๗/๒๕๕๙ เรื่อง ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่นตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ลงวันที่ ๕ กรกฎาคม พุทธศักราช ๒๕๕๙ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไข การรับเงิน การจ่ายเงิน การรักษาเงิน และรายการของค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง และจำเป็นต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายอื่น และตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด</p> <p>มีวัตถุประสงค์เพื่อชดเชยค่าเสื่อมของสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการผู้ป่วยนอก บริการผู้ป่วยใน และบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้หน่วยบริการนำเงินไป จัดหา และจัดซื้อ จัดจ้าง หรือเช่า และซ่อมบำรุงสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์ที่เสื่อมสภาพหรือถดถอยหรือเสียหายจากการให้บริการสาธารณสุข</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	เพื่อเร่งรัดการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมสิ่งก่อสร้าง														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คปสอ. ทุกแห่ง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม สปสช. ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566														
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม สปสช. (https://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget)														
รายการข้อมูล 1	A=วงเงินงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 ประเภทรายการสิ่งก่อสร้างที่มีการเบิกจ่าย ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566														
รายการข้อมูล 2	B=วงเงินงบค่าเสื่อมประเภทรายการสิ่งก่อสร้างปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับจัดสรร														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*10														
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566														
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>1 คะแนน</th> <th>2 คะแนน</th> <th>3 คะแนน</th> <th>4 คะแนน</th> <th>5 คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99</td> <td>วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>						1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99	วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป											
วิธีการประเมินผล	ระดับ 1 = วงเงินเบิกจ่ายน้อยกว่าร้อยละ 75 ระดับ 2 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 75 – 79.99 ระดับ 3 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 80 – 84.99 ระดับ 4 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 85 – 89.99 ระดับ 5 = วงเงินเบิกจ่ายร้อยละ 90 ขึ้นไป														
เอกสารสนับสนุน	ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์การดำเนินงานและการบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ส่วนที่ ๖ ค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อสนับสนุนเป็นค่าเสื่อมราคาของหน่วยบริการ)														

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	วงเงินเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม (รวม ทุกวงเงิน)	ร้อยละ	47.12	NA	39.41
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายอรรถพล ขวัญเกิด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์.089-4685426 E-mail: attapolkh@hotmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางวรลักษณ์ โชติบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์. 087-2895488 E-mail: tay.15tay@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339				

กลุ่ม	PA เขต														
ประเด็น	การเบิกจ่ายงบรายจ่ายประจำ														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 31	ร้อยละการเบิกจ่ายงบรายจ่ายประจำ														
คำนิยาม	<p>1. ร้อยละการเบิกจ่าย หมายถึง ร้อยละการเบิกจ่ายตามที่กรมบัญชีกำหนดประจำปีงบประมาณ 2566 ในแต่ละเดือน</p> <p>2. งบรายจ่ายประจำ หมายถึง จำนวนเงินอย่างสูงที่อนุญาตให้จ่ายหรือให้ก่อหนี้ผูกพันได้ตาม วัตถุประสงค์และภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่าย โดยจำแนกตามประเภท รายจ่ายตามงบประมาณหมวดต่าง ๆ ดังนี้ งบดำเนินงาน งบบุคลากร งบอุดหนุน และงบรายจ่ายอื่น</p> <p>3. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขภูมิภาค หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 97</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 97	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 97	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านการเร่งรัดติดตามการใช้จ่ายเงินงบประมาณ 2. เพื่อให้ทราบความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงานของส่วนราชการ 3. เพื่อให้หน่วยงานบริหารงบประมาณและใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลสัมฤทธิ์ 4. เพื่อให้สามารถติดตามเร่งรัดการใช้จ่ายเงินงบประมาณให้เป็นไปตามเป้าหมายที่คณะรัฐมนตรีกำหนด 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เจ้าหน้าที่การเงินสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ใช้ข้อมูลจากทะเบียนคุมตัดยอดเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2566 2. รวบรวมข้อมูลการเบิกจ่ายตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อสรุปผลการเบิกจ่าย 														
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. https://portal.gfmis.go.th/login?returnUrl=%2F 2. ทะเบียนคุมตัดยอดเงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2566 														
รายการข้อมูล 1	ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำ														
รายการข้อมูล 2	จำนวนเงินงบประมาณรายจ่ายประจำที่ได้รับจัดสรร														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{ผลการเบิกจ่ายงบประมาณรายจ่ายประจำ}}{\text{จำนวนเงินงบประมาณรายจ่ายประจำที่ได้รับจัดสรร}} \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 - 31 กรกฎาคม 2566														

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- ส่งหลักฐานเบิก จ่ายเงินงบประมาณตาม รายการที่ได้รับจัดสรร จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด นราธิวาส ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 75-80.99	- ส่งหลักฐานเบิก จ่ายเงินงบประมาณตาม รายการที่ได้รับจัดสรร จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด นราธิวาส ถูกต้อง ครบถ้วน ร้อยละ 81 ขึ้นไป	- ส่งหลักฐานเบิก จ่ายเงินงบประมาณตาม รายการที่ได้รับจัดสรร ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ ร้อยละ 81 ขึ้นไป ภายใน 50 วัน (สำหรับ ประชุม/อบรม/ไม่ต้อง จัดซื้อ/จ้าง) ภายใน 60 วัน (สำหรับรายการ ต้องจัดซื้อ/จ้าง) นับจาก วันที่ได้รับแจ้งจัดสรรเงิน งบประมาณจาก สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส	- ส่งหลักฐานเบิก จ่ายเงินงบประมาณตาม รายการที่ได้รับจัดสรร ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 81 ขึ้นไป ภายใน 45 วัน (สำหรับประชุม/อบรม) ภายใน 50 วัน (สำหรับ รายการต้องจัดซื้อ/จ้าง) นับจากวันที่ได้รับแจ้ง จัดสรรเงินงบประมาณ จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด นราธิวาส	- ส่งหลักฐานเบิก จ่ายเงินงบประมาณตาม รายการที่ได้รับจัดสรร ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 81 ขึ้นไป ภายใน 45 วัน (สำหรับประชุม/อบรม) ภายใน 50 วัน (สำหรับ รายการต้องจัดซื้อ/จ้าง) นับจากวันที่ได้รับแจ้ง จัดสรรเงินงบประมาณ จากสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด นราธิวาส - มีระบบกำกับติดตามที่มี ประสิทธิภาพ เช่น มี ระบบ Flowchart การ ปฏิบัติงานทุกสัปดาห์ หรือ มีกลุ่มไลน์ผู้ เกี่ยวข้องการเบิก จ่ายเงินสื่อสารหรือ ติดตามทุกสัปดาห์ โดยมี หลักฐานที่ตรวจสอบได้

วิธีการประเมินผล	1.รวบรวมข้อมูลการเบิกจ่ายของแต่ละหน่วยงานที่ได้รับจัดสรรทุกหมวดเงินงบประมาณ ดังนี้ 1.1 งบดำเนินงาน ได้แก่ งบ ปฐมภูมิ พขอ. งบบริหารจัดการขยะ งบสนับสนุนบำบัดน้ำเสีย งบยาเสพติด งบสนับสนุนการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ และงบอื่น ๆ (ถ้ามี) 1.2 งบอุดหนุน ได้แก่ เงินอุดหนุนโครงการควบคุมโรคหนองพยาธิ 2.คำนวณร้อยละการเบิกจ่ายตามผลการเบิกจ่าย ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566
------------------	---

เอกสารสนับสนุน	1.รายงานผลการเบิกจ่ายตามระบบ GFMS 2.เป้าหมายการเบิกจ่ายเงินงบประมาณและการใช้จ่ายภาครัฐประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566
----------------	---

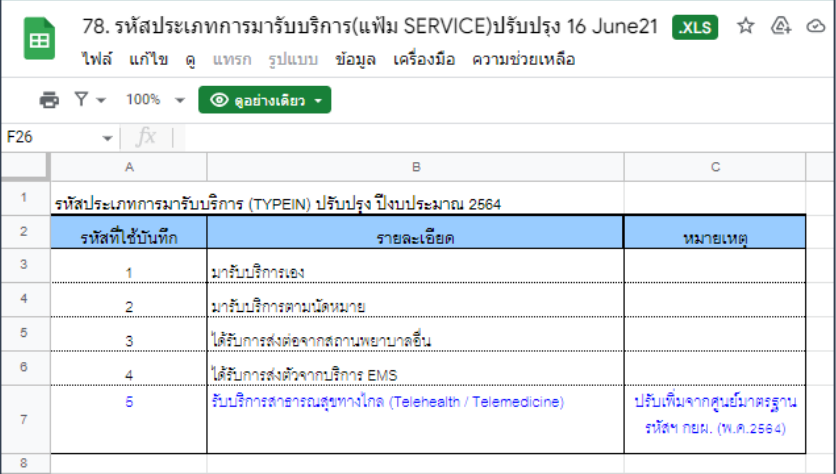
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
	Baseline data	หน่วยวัด	2563	2564	2565
	87.84	ร้อยละ	50.86	65.16	82.62

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพัชราภรณ์ ปิมแปง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 085-3979531
--	---

หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางกรรรม์ปี่ แซ่ลีมา นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-9696471 2.นางพัชรภรณ์ ปิมแปง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 085-3979531
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.														
ประเด็น	องค์กรแห่งความสุข														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 32	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นรูปธรรม														
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานมีการพัฒนาคนให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายของหน่วยงานอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และมีการทำงานเป็นทีม</p> <p>ความสุขในการทำงาน ประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ มิติสุขภาพกายดี (Happy Body) มิติผ่อนคลายดี (Happy Relax) มิติหัวใจดี (Happy Heart) มิติจิตวิญญาณดี (Happy Soul) มิติครอบครัวดี (Happy Family) มิติสังคมดี (Happy Society) มิติใฝ่รู้ดี (Happy Brain) มิติสุขภาพเงินดี (Happy Money) และมิติการทำงานดี (Happy Work-Life) รวมทั้งมิติความผูกพัน (Happy Engagement) และมิติสมดุลชีวิตกับการทำงาน (Happy Work Life Balance) โดยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี 66</th> <th>ปี 67</th> <th>ปี 68</th> <th>ปี 69</th> <th>ปี 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 2 แห่ง</td> <td>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 3 แห่ง</td> <td>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 4 แห่ง</td> <td>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 5 แห่ง</td> <td>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 6 แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>					ปี 66	ปี 67	ปี 68	ปี 69	ปี 70	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 2 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 3 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 4 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 5 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 6 แห่ง
ปี 66	ปี 67	ปี 68	ปี 69	ปี 70											
องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 2 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 3 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 4 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 5 แห่ง	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ระดับจังหวัด 6 แห่ง											
วัตถุประสงค์	<p>1) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้บรรลุเป้าหมาย “เจ้าหน้าที่มีความสุข”</p> <p>2) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม</p>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>1) ส่วนกลาง: กรม/เทียบเท่ากรม</p> <p>2) ส่วนภูมิภาค: สำนักงานเขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)</p>														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>หน่วยงานจัดส่งผลการคัดเลือกหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม ระดับจังหวัดพร้อมเอกสารหลักฐาน ไปยังสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ Chro.region12@gmail.com</p>														
แหล่งข้อมูล	<p>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>														
รายการข้อมูล	<p>จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด</p>														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4														

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
- มีคณะทำงาน/มีการประชุมเพื่อดำเนินการองค์กรแห่งความสุขในหน่วยงาน	- มีแผนในการดำเนินการองค์กรสร้างสุขในหน่วยงาน	- มีการดำเนินการจัดกิจกรรมสร้างสุขในหน่วยงาน	- ส่งกิจกรรมเข้ารับการพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นรูปธรรม	- หน่วยงานได้รับการคัดเลือกระดับจังหวัด	
วิธีการประเมินผล	คณะกรรมการ/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกหน่วยงานที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นรูปธรรม				
เอกสารสนับสนุน	เกณฑ์ขององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพระดับจังหวัด	แห่ง	1 (ระดับเขต)	1 (ระดับจังหวัด)	1 (ระดับจังหวัด)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายนิวัติ พรหมวิง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 086-9596054 2. น.ส.นิตยา วันริโก เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน โทรศัพท์ 089-6595668				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ที่สำนักงาน : 073-532059 ต่อ 203, 204				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.นิตยา วันริโก เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน โทรศัพท์ 089- 6595668				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายคมสัน ทองไกร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 094-5914959				

กลุ่ม	ตรวจราชการ
ประเด็น	การเปิด Telemedicine
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 33	ร้อยละจำนวนหน่วยที่มีบริการการแพทย์ทางไกล
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานเพิ่ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล Telehealth/Telemedicine” อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564 (https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/)</p>  <p>บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากระหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)</p> <p>โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพ และอย่างน้อยจังหวัดละ 3 โรงพยาบาล 2. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่ 2.2 มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย) 2.3 มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth 2.4 มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน 2.5 มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ 3. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ <p>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ

	<p>3. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่</p> <p>4. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ</p> <p>5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่กการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้</p> <p>6. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้</p> <p>7. รพ. จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล</p> <p>8. รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ</p> <p>9. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยาที่บ้านได้</p> <p>หมายเหตุ ศทส. จะแจ้งเวียนแบบสอบถาม และระบบประเมินความพึงพอใจ ภายในเดือนมกราคม 2566</p> <p>แนวทางการตรวจ ติดตาม</p> <p>1. เขตสุขภาพ ตามแบบสอบถาม รวบรวมและส่งรายชื่อ รพ. (รพศ./รพท./รพช.) ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกล ให้แก่ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มกราคม 2566</p> <p>2. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2566</p> <p>3. ใช้การสื่อสารผ่านระบบ online (Webex Meeting , Line Official @ictmoph , Line OpenChat https://moph.cc/oDOmHwsNs)</p> <p>4. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ HDCService</p> <p>5. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ (ตอบเฉพาะหน่วยที่มีข้อมูล update) ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566</p> <p>6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566</p>										
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="359 1512 590 1556">ปีงบประมาณ 66</th> <th data-bbox="590 1512 821 1556">ปีงบประมาณ 67</th> <th data-bbox="821 1512 1053 1556">ปีงบประมาณ 68</th> <th data-bbox="1053 1512 1284 1556">ปีงบประมาณ 69</th> <th data-bbox="1284 1512 1503 1556">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="359 1556 590 1937"> <p>1)โรงพยาบาลที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p> <p>2) และมีจำนวน รพ. ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง ต่อโซน</p> </td> <td data-bbox="590 1556 821 1937"> <p>1)โรงพยาบาลที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p> </td> <td data-bbox="821 1556 1053 1937"> <p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p> </td> <td data-bbox="1053 1556 1284 1937"> <p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p> </td> <td data-bbox="1284 1556 1503 1937"> <p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p> </td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	<p>1)โรงพยาบาลที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p> <p>2) และมีจำนวน รพ. ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง ต่อโซน</p>	<p>1)โรงพยาบาลที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p>	<p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>	<p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>	<p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
<p>1)โรงพยาบาลที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p> <p>2) และมีจำนวน รพ. ไม่น้อยกว่า 1 แห่ง ต่อโซน</p>	<p>1)โรงพยาบาลที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีจำนวนไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ของจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</p>	<p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>	<p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>	<p>1) ทุกโรงพยาบาล มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล</p>							

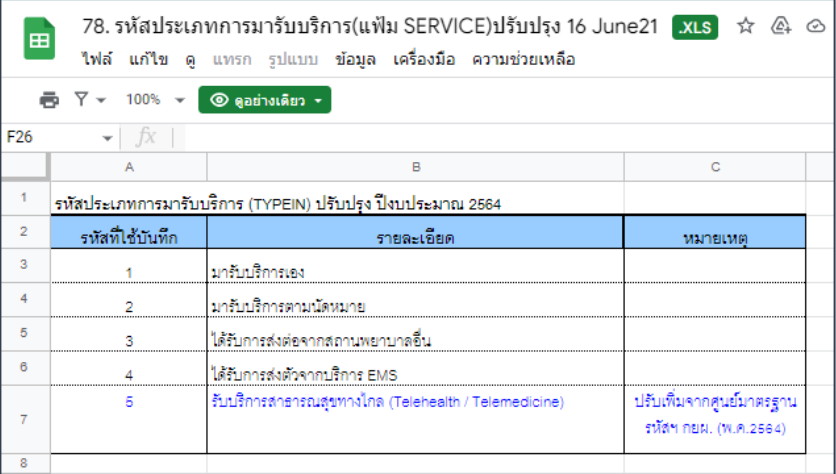
	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ที่บันทึกลงในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล Telehealth/Telemedicine” ปีงบประมาณ 68 – 70 คำนวณร้อยละ จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด รพ. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป / ชุมชน / รพ.สต.
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ <ol style="list-style-type: none"> บ่งชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2568 - 2570
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th https://ict.moph.go.th/th/extension/1168 แบบสอบถามตอบกลับจากหน่วยงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)”)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ปี 2566 – 2567 = A **นับจำนวนเท่านั้น** ปี 2568 – 2570 = (A/B) x 100</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัล การแพทย์ โรงพยาบาลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ รพ. ตอบแบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 	<ul style="list-style-type: none"> มีสถานที่และอุปกรณ์ให้บริการการแพทย์ทางไกล มีแผนในการบริการการแพทย์ทางไกล มีการจัดเก็บประมวลผล วิเคราะห์และนำเสนอผลงานการให้บริการการแพทย์ทางไกล 	<ul style="list-style-type: none"> มีการประเมินผลให้บริการการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลแบบ Site to Site กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลูกข่ายทุกแห่ง มีแนวทางและเกณฑ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน 	<ul style="list-style-type: none"> มี Best Practice ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล มีช่องทางในการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเบื้องต้น เช่น ลงทะเบียนทำนัดหมาย พบแพทย์ ตรวจสอบสิทธิในการรักษา แสดงตารางวันนัดพบแพทย์ รวมถึงให้บริการพบแพทย์ออนไลน์ 	<ul style="list-style-type: none"> มีนวัตกรรมการให้บริการการแพทย์ทางไกล

วิธีการประเมินผล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด</p> <p>2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายไอที ผ่านระบบประชุมทางไกล</p>													
เอกสารสนับสนุน	<p>คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ</p> <p>https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43File_Structure-020364.pdf</p> <p>หรือลิงก์ย่อ https://moph.cc/h0DBTprMn</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" data-bbox="360 674 1485 887"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล</td> <td>จำนวน</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล	จำนวน	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล	จำนวน	NA	NA	NA										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>1. นายจรูญศักดิ์ เวทมาหะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 096-8519125 E-mail: itprtnw@gmail.com</p> <p>2. นายไพชอล สาและ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-0276663 E-mail: itprtnw@gmail.com</p>													
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7353 2056 E-mail : itprtnw@gmail.com</p>													
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>นายไพชอล สาและ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-0276663 E-mail: itprtnw@gmail.com</p>													
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	<p>นายอดุล บินยูโซ๊ะ เกษีขจรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com</p>													

กลุ่ม	ตรวจราชการ																		
ประเด็น	การใช้ Telemedicine																		
ด้าน	บริหาร																		
ตัวชี้วัดที่ 34	ร้อยละจำนวนครั้งของผู้มารับบริการ ที่ใช้ Telemedicine																		
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล Telehealth/Telemedicine” อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ 2564 (https://bps.moph.go.th/healthdata/standardcode43v2-415oct19/)</p>  <table border="1" data-bbox="316 689 1155 1160"> <thead> <tr> <th>รหัสดำเนินการ</th> <th>รายละเอียด</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>มารับบริการเอง</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>มารับบริการตามนัดหมาย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)</td> <td>ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐานรหัสฯ กยพ. (พ.ศ.2564)</td> </tr> </tbody> </table> <p>บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากระหัส ICD-10 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD)</p> <p>โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เขตสุขภาพ คัดเลือกจังหวัด และโรงพยาบาล เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะต้องดำเนินการให้สำเร็จมีผลการให้บริการในปีงบประมาณ 2566 อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนจังหวัดในเขตสุขภาพ และอย่างน้อยจังหวัดละ 3 โรงพยาบาล 2. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และอื่นๆ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคตามความเห็นของแพทย์และบริบทของพื้นที่ 2.2 มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ (รายละเอียดตามร่างคณะกรรมการดิจิทัลการแพทย์โรงพยาบาล แนบท้าย) 2.3 มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth 2.4 มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน 2.5 มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ในระบบบริการ 3. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ <p>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2. หน่วยบริการจัดให้มีระบบสารสนเทศ (ระบบอิเล็กทรอนิกส์) ในการให้บริการการแพทย์ทางไกล ที่เป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 	รหัสดำเนินการ	รายละเอียด	หมายเหตุ	1	มารับบริการเอง		2	มารับบริการตามนัดหมาย		3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น		4	ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS		5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐานรหัสฯ กยพ. (พ.ศ.2564)
รหัสดำเนินการ	รายละเอียด	หมายเหตุ																	
1	มารับบริการเอง																		
2	มารับบริการตามนัดหมาย																		
3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น																		
4	ได้รับการส่งต่อจากบริการ EMS																		
5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐานรหัสฯ กยพ. (พ.ศ.2564)																	

3. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควร หรือตามบริบทของพื้นที่
4. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล โดยใช้กลไก 3 หมอ
5. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่กการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) และสามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้
6. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้
7. รพ. จัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการการแพทย์ทางไกล
8. รพ. มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ
9. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแล รพ. ให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ และมีรูปแบบการให้บริการที่สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาได้ และมีบริการส่งยาที่บ้านได้

หมายเหตุ ศทส. จะแจ้งเวียนแบบสอบถาม และระบบประเมินความพึงพอใจ ภายในเดือนมกราคม 2566

แนวทางการตรวจ ติดตาม

1. เขตสุขภาพ ตามแบบสอบถาม รวบรวมและส่งรายชื่อ รพ. (รพศ./รพท./รพช.) ที่มีการให้บริการการแพทย์ทางไกล และที่มีแผนจะให้บริการการแพทย์ทางไกล ให้แก่ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มกราคม 2566
2. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินความปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2566
3. ใช้การสื่อสารผ่านระบบ online (Webex Meeting , Line Official @ictmoph , Line OpenChat <https://moph.cc/oDOmHwsNs>)
4. ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานในเว็บไซต์ HDCService
5. รพ. ตอบแบบสอบถาม 1) แบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 2) แบบสอบถามรูปแบบการให้บริการการแพทย์ทางไกลที่ใช้อยู่หรือมีแผนจะใช้ (ตอบเฉพาะหน่วยที่มีข้อมูล update) ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566
6. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด รวบรวมปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ส่งให้ ศทส. ทางอีเมล ictmoph@moph.go.th ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2566

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
- มีจำนวนการให้บริการไม่น้อยกว่า 270 ครั้ง	- มีจำนวนการให้บริการไม่น้อยกว่า 425 ครั้ง	- มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด	- มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด	- มีจำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกลไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด

	<ul style="list-style-type: none"> กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้รับบริการผ่านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ที่บันทึกลงในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล Telehealth/Telemedicine” ปีงบประมาณ 68 – 70 คำนวณร้อยละ จำนวนครั้งการให้บริการการแพทย์ทางไกล เทียบกับจำนวนครั้งการนัดหมายรับบริการในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด ต่อจังหวัด รพ. หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป / ชุมชน / รพ.สต.
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ได้มากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำการดึงข้อมูลเพื่อ <ol style="list-style-type: none"> 1. ปังชี้จังหวัดที่มีการให้บริการและจำนวนครั้งของการให้บริการในกลุ่มเป้าหมาย 2. คำนวณร้อยละการให้บริการการแพทย์ทางไกลในปี 2568 - 2570
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th 2. https://ict.moph.go.th/th/extension/1168 3. แบบสอบถามตอบกลับจากหน่วยงาน
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “5 รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)”)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ปี 2566 – 2567 = $A \times \frac{100}{\text{จำนวนปี}}$</p> <p>ปี 2568 – 2570 = $(A/B) \times 100$</p>
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัล การแพทย์ โรงพยาบาลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ - มีสถานที่และอุปกรณ์ให้บริการการแพทย์ทางไกล - มีแผนในการบริการการแพทย์ทางไกล - รพ. ตอบแบบประเมินแผนความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ขั้นต่ำ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดเก็บประมวลผล วิเคราะห์และนำเสนอผลงานการให้บริการการแพทย์ทางไกล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีจำนวนการให้บริการอย่างน้อย 270 ครั้ง - มีการประเมินผลให้บริการการแพทย์ทางไกล - โรงพยาบาลมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลแบบ Site to Site กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ลูกข่ายทุกแห่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการปรับแผนการให้บริการการแพทย์ทางไกลให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ - มีช่องทางในการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเบื้องต้น เช่น ลงทะเบียนทำนัดหมาย พบแพทย์ ตรวจสอบสิทธิในการรักษา แสดงตารางวันนัดพบแพทย์ รวมถึงให้บริการพบแพทย์ออนไลน์ - มี Best Practice ในการ ให้บริการการแพทย์ทางไกล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชาสัมพันธ์เพื่อจูงใจให้ประชาชนในพื้นที่ใช้บริการการแพทย์ทางไกล - มีจำนวนการให้บริการมากกว่า 300 ครั้ง - มีนวัตกรรมการให้บริการการแพทย์ทางไกล

วิธีการประเมินผล	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามโดยคณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด</p> <p>2. การตรวจราชการ โดยทีมนิเทศและตรวจราชการของสำนักงานเขตสุขภาพ และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายไอที ผ่านระบบประชุมทางไกล</p>													
เอกสารสนับสนุน	<p>คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูล ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 Version 2.4 รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (14) รหัสประเภทการมารับบริการ https://bps.moph.go.th/healthdata/wp-content/uploads/2021/03/2.4-43File_Structure-020364.pdf หรือลิงก์ย่อ https://moph.cc/h0DBTprMn</p>													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" data-bbox="360 669 1469 887"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล</td> <td>จำนวน</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล	จำนวน	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
จำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล	จำนวน	NA	NA	NA										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>1. นายจรูญศักดิ์ เวทมาหะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 096-8519125 E-mail: itprtnw@gmail.com</p> <p>2. นายไพชอล สาและ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-0276663 E-mail: itprtnw@gmail.com</p>													
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	<p>ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7353 2056 E-mail : itprtnw@gmail.com</p>													
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นายไพชอล สาและ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-0276663 E-mail: itprtnw@gmail.com</p>													
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	<p>นายอดุล บินยูโซะ เกษีซกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adu199@gmail.com</p>													

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	PHR บุคลากร										
ด้าน	บริหาร										
ตัวชี้วัดที่ 35	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข มี ดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ										
คำนิยาม	<p>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p>ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอบรรณ เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : eKYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p>*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์(Electronic Transactions Development Agency: ETDA) ตาม “ประกาศขอเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการ พิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” 2. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการทำงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัล ไอดีสำหรับบริการภาครัฐ <p>บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ร้อยละ 50</td> <td>≥ ร้อยละ 70</td> <td>≥ ร้อยละ 80</td> <td>≥ ร้อยละ 90</td> <td>≥ ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
≥ ร้อยละ 50	≥ ร้อยละ 70	≥ ร้อยละ 80	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 100							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้คนในจังหวัดนราธิวาสมีดิจิทัลไอดีสำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ 2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์บนแอปพลิเคชัน 3. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวก และประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ 4. ปกป้องความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่นเพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส (≥ ร้อยละ 80) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชนผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่น ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/ 			
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่มีดิจิทัลไอดีในจังหวัดนราธิวาส			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัดนราธิวาส			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$ *** ตองผานรอยละ 50 ของบุคลากรในจังหวัดนราธิวาส			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566				
1 คะแนน - การแต่งตั้งคณะกรรมการดิจิทัล การแพทย์ โรงพยาบาลที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ - มีสถานที่ยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดีเพื่อบุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ - มีแผนในการจัดตั้งสถานที่ยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี	2 คะแนน - มีการอบรมการใช้งานระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนสำหรับหน่วยบริการ	3 คะแนน - หน่วยงานมีการกำกับติดตาม การตรวจสอบบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ผ่านการยืนยันตัวตน - บุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ อย่างน้อยร้อยละ 50	4 คะแนน - บุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ ร้อยละ 100 - มี Best Practice ในการยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี	5 คะแนน - บุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ ร้อยละ 100 - มีนวัตกรรมในการยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี

วิธีการประเมินผล	ประเมินจากระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดีผ่านเว็บไซต์ https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/ หรือผ่านคิวอาร์โค้ด				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ดิจิทัลไอดีของ บุคลากร สาธารณสุข	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นายจรูญศักดิ์ เวทมาหะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 532 056-65 ต่อ 308 E-mail : itprtnw@gmail.com 2. นายอารีพันธ์ หมะหมุด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 532 056-65 ต่อ 308 E-mail : areefan.moph@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073352056 E-mail: itprtnw@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายอารีพันธ์ หมะหมุด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 532 056-65 ต่อ 308 E-mail : areefan.moph@gmail.com ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษักรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adu199@gmail.com				

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	PHR ประชาชน										
ด้าน	บริหาร										
ตัวชี้วัดที่ 36	ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ										
คำนิยาม	<p>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์สถานสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p>ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์สถานสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : eKYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการสถานสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p>*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์(Electronic Transactions Development Agency: ETDA ตาม “ประกาศขอเสนอแนะมาตรฐานฯ วาดวยการ พิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” 2. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตาม มาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard วาดวยแนวทางการจัดทำกระบวนการและการทำงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัล ไอดีสำหรับบริการภาครัฐ <p>ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดนราธิวาสทุกคน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ 1 เมษายน 2565)</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ร้อยละ 25</td> <td>≥ ร้อยละ 30</td> <td>≥ ร้อยละ 35</td> <td>≥ ร้อยละ 40</td> <td>≥ ร้อยละ 45</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 45
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
≥ ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 35	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 45							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้คนในจังหวัดนราธิวาสมีดิจิทัลไอดีสำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ 2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ บน Application (กรณีประชาชนที่ไม่มีโทรศัพท์มือถือสามารถโทรหา สามารถแสดงประวัติการรักษาเฉพาะบุคคล ผ่านระบบ Electronic Medical Record หลังจากได้รับอนุญาตจากประชาชนเจ้าของข้อมูล) 3. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวก และประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการสถานสุขภาพผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ 4. ปกป้องความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่นเพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดนราธิวาส (≥ร้อยละ 25) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 เมษายน 2565)										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของประชาชนผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่น ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ : https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/ <div style="text-align: center;">  </div>			
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1	A1 = ประชาชนในจังหวัดนราธิวาสที่มีดิจิทัลไอดี			
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัดนราธิวาส			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$ *** ต้องผ่านร้อยละ 25 ของประชาชนในจังหวัดนราธิวาส			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมินปี 2566:				
ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566				
1 คะแนน - แต่งตั้งคณะกรรมการในการยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ - มีสถานที่ยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี - มีแผนในการจัดตั้งสถานที่ยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี	2 คะแนน - มีการอบรมการใช้งานระบบพิสูจน์และยืนยันตัวตนสำหรับหน่วยบริการ - มีการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชนในพื้นที่เพื่อยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี	3 คะแนน - กำหนดให้มีจุดบริการยืนยันตัวตนที่คลินิกโรคเรื้อรัง/สูงอายุ - ประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ไร้รอยต่อ อย่างน้อยร้อยละ 25	4 คะแนน - มีจุดบริการยืนยันตัวตนทุก รพ.สต. - กำหนดให้หน่วยเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลต้องมีบริการยืนยันตัวตน - ประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไร้รอยต่อ มากกว่าร้อยละ 25 -มี Best Practice ในการยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี	5 คะแนน - ประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ไร้รอยต่อ มากกว่าร้อยละ 25 - มีนวัตกรรมในการยืนยันตัวตนผ่านดิจิทัลไอดี

วิธีการประเมินผล	ประเมินจากระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดีผ่านเว็บไซต์ https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/ หรือผ่านคิวอาร์โค้ด				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ดิจิทัลไอดีของประชาชน	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1.นาย จรูญศักดิ์ เวทมาหะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 532 056-65 ต่อ 308 E-mail : itprtnw@gmail.com 2.นาย อารีฟีน หะหมุด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 532 056-65 ต่อ 308 E-mail : areefan.moph@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073352056 E-mail: itprtnw@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายอารีฟีน หะหมุด นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073 532 056-65 ต่อ 308 E-mail : areefan.moph@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษีชรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com				

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.																									
ประเด็น	การจัดการความรู้																									
ด้าน	บริหาร																									
ตัวชี้วัดที่ 37	ระดับความสำเร็จการจัดการความรู้ของหน่วยงาน																									
คำนิยาม	<p>การจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคล หรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ของหน่วยงาน พิจารณาความสำเร็จจากการใช้แนวคิด หรือนำเครื่องมือการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้การปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพมากขึ้น พัฒนาคนให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น มีกระบวนการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การบ่งชี้ความรู้ เป็นการพิจารณาว่าจะทำอย่างไรให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย โดยจะคัดเลือกว่าจะใช้เครื่องมืออะไร และขณะนี้เรามีความรู้อะไรบ้าง อยู่ในรูปแบบใด อยู่ที่ใคร โดยอาจจะพิจารณาว่าองค์กรมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ เป้าหมายคืออะไร 2. การสร้างและแสวงหาความรู้ ซึ่งสามารถทำได้หลายทาง เช่น การสร้างความรู้ใหม่ แสวงหาความรู้จากภายนอก รักษาความรู้เก่า กำจัดความรู้ที่ใช้ไม่ได้แล้ว 3. การจัดความรู้ให้เป็นระบบ เป็นการวางโครงสร้างความรู้ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเก็บความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อการเรียกใช้งานได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องในอนาคต 4. การประมวลและกลั่นกรองความรู้ เช่น การปรับปรุงรูปแบบเอกสารให้เป็นมาตรฐาน ใช้ภาษาเดียวกัน และปรับปรุงเนื้อหาให้สมบูรณ์และเหมาะสม 5. การเข้าถึงความรู้ เป็นการทำให้ผู้ใช้ความรู้เข้าถึงความรู้ที่ต้องการได้ง่ายและสะดวก โดยการใช้พวกระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ(IT) หรือการประชาสัมพันธ์บน Web board 6. การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ ทำได้หลายวิธีการซึ่งจะแบ่งได้สองกรณีได้แก่ Explicit Knowledge อาจจะจัดทำเป็นเอกสาร ฐานความรู้ และเทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ หรือ Tacit Knowledge จัดทำเป็นระบบ ทีมข้ามสายงาน กิจกรรมกลุ่มคุณภาพและนวัตกรรม ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ระบบพี่เลี้ยง การสับเปลี่ยนงาน การยืมตัว และเวทีการแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น 7. การเรียนรู้ ควรทำให้การเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของงาน เช่น การเรียนรู้จากสร้างองค์ความรู้ การนำความรู้ไปใช้ให้เกิดการเรียนรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ และนำความรู้ที่ได้ไปหมุนเวียนต่อไปอย่างต่อเนื่อง 8. ผลงานวิชาการ ที่ คปสอ.ส่งเข้าประกวดระดับจังหวัดทั้งหมด 6 ประเภท 12 ผลงาน ประกอบด้วยดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.ประเภทวิจัยฉบับสมบูรณ์ 2.ประเภทการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) 3.การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) 4.การพัฒนากระบวนการตรวจสอบสุขภาพเชิงรับ (CQI NON CLINIC) 5.ประเภทนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ 6.ประเภทโปสเตอร์ <p>หมายเหตุ : ทุกประเภทผลงาน หน่วยงานโรงพยาบาล 1 ผลงาน และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 ผลงาน</p>																									
เกณฑ์เป้าหมาย การเก็บรวบรวม ผลงานวิชาการ ระดับหน่วยงาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาล</td> <td>โรงพยาบาล</td> <td>โรงพยาบาล</td> <td>โรงพยาบาล</td> <td>โรงพยาบาล</td> </tr> <tr> <td>สำนักงาน</td> <td>สำนักงาน</td> <td>สำนักงาน</td> <td>สำนักงาน</td> <td>สำนักงาน</td> </tr> <tr> <td>สาธารณสุขอำเภอ</td> <td>สาธารณสุขอำเภอ</td> <td>สาธารณสุขอำเภอ</td> <td>สาธารณสุขอำเภอ</td> <td>สาธารณสุขอำเภอ</td> </tr> <tr> <td>ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 75</td> <td>ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 80</td> <td>ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 85</td> <td>ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 90</td> <td>ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	สำนักงาน	สำนักงาน	สำนักงาน	สำนักงาน	สำนักงาน	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 75	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 80	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 85	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 90	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70																						
โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล	โรงพยาบาล																						
สำนักงาน	สำนักงาน	สำนักงาน	สำนักงาน	สำนักงาน																						
สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ	สาธารณสุขอำเภอ																						
ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 75	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 80	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 85	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 90	ส่งผลงานวิชาการ ร้อยละ 95																						
วัตถุประสงค์	เพื่อเก็บรวบรวมผลงานวิชาการ และข้อมูลอื่นๆ ที่อยู่กระจัดกระจาย ให้เป็นระบบและมีประสิทธิภาพง่ายต่อการค้นหา และสามารถเผยแพร่ใช้ประโยชน์ต่อไป																									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ																									

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-ระดับหน่วยงานเก็บรวบรวมข้อมูลผลงานวิชาการต่างๆ ส่งมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด -วิเคราะห์รูปแบบชุดความรู้ -แบ่งประเภทความรู้ -นำชุดความรู้ที่สมบูรณ์แล้ว มาเก็บบนเว็บไซต์ www.ntwo.moph.go.th				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนผลงานที่ดำเนินการส่งข้อมูลผลงานวิชาการในระดับจังหวัด				
รายการข้อมูล 2	B= 12 ผลงาน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A \times 100) / B$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	- มีคำสั่งคณะกรรมการการจัดการความรู้ (KM) และมีการจัดตั้งทีมพี่เลี้ยง	- มีการประชุมคณะกรรมการการจัดการความรู้ ปีละไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง - มีการจัดเก็บข้อมูลผลงานวิชาการ และข้อมูลทางวิชาการอื่น ๆ อย่างเป็นระบบ	- มีการจัดประชุมวิชาการระดับอำเภอ - มีการประเมิน ปรับปรุงต่อยอดผลงานอย่างเป็นระบบ	- มีผลงานวิชาการ และเข้าร่วมการประกวดประเภทต่างๆในระดับจังหวัด และมี Best Practice	- มีผลงานวิชาการ นวัตกรรม หรือ Best Practice หรือการประกวดต่างๆในระดับเขต - มีผลงานวิชาการ และเข้าร่วมการประกวดประเภทต่างๆในระดับเขต หรือประเทศ และมีนวัตกรรม
วิธีการประเมินผล	จากระบบการจัดเก็บข้อมูล				
เอกสารสนับสนุน	ระบบการจัดเก็บข้อมูล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	มีการจัดเก็บข้อมูลผลงานวิชาการ และข้อมูลทางวิชาการอื่นๆ	เรื่อง	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 E-mail: mean_kulsiri@hotmail.com นายมุฮัมมัด เกาะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 086-7528085 E-mail: ayeengoht@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 E-mail: mean_kulsiri@hotmail.com นายมุฮัมมัด เกาะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 086-7528085 E-mail: ayeengoht@yahoo.co.th				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษีกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adul99@gmail.com				

กลุ่ม	นโยบายจังหวัด				
ประเด็น	PMQA				
ด้าน	บริหาร				
ตัวชี้วัดที่ 38	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ ที่กำหนด				
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี 2565 - 2566 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) 3. นำโอกาสในการปรับปรุง (OFI) มาจัดลำดับความสำคัญและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน 4. กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ <p>จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กรและตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	100 (13แห่ง)	100 (13แห่ง)	100 (13แห่ง)	100 (13แห่ง)	100 (13แห่ง)
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล					
รายการข้อมูล 1	-				
รายการข้อมูล 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการประเมินตนเอง - มีการนำ OFI มาจัดลำดับและจัดทำแผนพัฒนาองค์กร - มีการกำหนดตัวชี้วัดหมวด 7	- มีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กร รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในกำหนด - รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 6 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในกำหนด	- มีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงานของแผนพัฒนาองค์กร รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในกำหนด - มีการรายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 9 เดือน ผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในกำหนด	- การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด รอบ 9 เดือน ร้อยละ 100 และมีแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practices) ผ่านระบบออนไลน์	- มีการสรุปรวบรวมการดำเนินงานและเอกสารประกอบต่างๆ เป็นรูปเล่มฉบับสมบูรณ์ และมีนวัตกรรมในการเผยแพร่													
วิธีการประเมินผล	ส่วนราชการรายงานผลการดำเนินการความก้าวหน้าของแผนพัฒนาองค์กรและรายงานผลลัพธ์ของตัวชี้วัด ผ่านระบบออนไลน์ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้ รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2566 รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 กรกฎาคม 2566 รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 23 กันยายน 2566																
เอกสารสนับสนุน	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2562 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 E-mail: mean_kulsiri@hotmail.com นายมุฮัมมัด เกาะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 086-7528085 E-mail: ayeengoht@yahoo.co.th																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวเพ็ญศิริ สิริกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 081-7986014 E-mail: mean_kulsiri@hotmail.com นายมุฮัมมัด เกาะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 086-7528085 E-mail: ayeengoht@yahoo.co.th																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089-6562924																

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.														
ประเด็น	ITA														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 39	ระดับความสำเร็จในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน (ITA)														
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แนวคิด ยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด โดยมุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัด ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้านการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (2) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (3) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (4) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (5) ตัวชี้วัดการรับสินบน (6) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (7) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (8) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (9) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร 														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 92</td> <td>ร้อยละ 94</td> <td>ร้อยละ 94</td> <td>ร้อยละ 94</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 94	ร้อยละ 94	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 92	ร้อยละ 94	ร้อยละ 94	ร้อยละ 94	ร้อยละ 95											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมาย ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหาการดำเนินงานด้านคุณธรรมและ ความโปร่งใสของหน่วยงาน 2. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมาย นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร 3. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมาย ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อม ในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1.โรงพยาบาล 13 หน่วยงาน 2.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 13 หน่วยงาน 														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ ในระบบ MITAS และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส														
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 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)				
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
ระดับขั้นความสำเร็จ (ระดับ 5) (1-9 ข้อ)	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 60 (14 ข้อ)	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75 (17 ข้อ)	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 90 (19 ข้อ)	> ร้อยละ 96 มีเอกสารที่แนบครบทุกองค์ประกอบ (22 ข้อ)	
วิธีการประเมินผล	วิธีการประเมินผล : คปสอ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ไตรมาสที่ ๓ ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ \geq 75 (17 ข้อ)				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 56 (10 ข้อ)	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 60 (14 ข้อ)	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 75 (17 ข้อ)	ผ่านเกณฑ์ \geq ร้อยละ 90 (19 ข้อ)	> ร้อยละ 96 มีเอกสารที่แนบครบทุกองค์ประกอบ (22 ข้อ)
เอกสารสนับสนุน	1. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) 2. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ระดับความสำเร็จในการประเมิน ITA	ร้อยละ	85.19 ผ่าน 23 แห่ง	55.56 ผ่าน 15 แห่ง	81.48 ผ่าน 22 แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวสุนิสา นวนนง นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์ 089 9842048 นางสาวกาญจณี แก้วสกุล เจ้าพนักงานธุรการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์ 091 5464608				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ศัพท์ : 0 7353 2056-59 ต่อ 112				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวสุนิสา นวนนง นิติกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์ 089 9842048 นางสาวกาญจณี แก้วสกุล เจ้าพนักงานธุรการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7353 2056-59 ต่อ 112 โทรศัพท์ 091 5464608				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นายแพทย์ชัยวัฒน์ พัฒนาการศักดิ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.														
ประเด็น	ตรวจสอบและควบคุมภายใน														
ด้าน	บริหาร														
ตัวชี้วัดที่ 40	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน														
คำนิยาม	<p>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน หมายความว่า การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 82</td> <td>ร้อยละ 84</td> <td>ร้อยละ 86</td> <td>ร้อยละ 88</td> <td>ร้อยละ 90</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 82	ร้อยละ 84	ร้อยละ 86	ร้อยละ 88	ร้อยละ 90
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 82	ร้อยละ 84	ร้อยละ 86	ร้อยละ 88	ร้อยละ 90											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส มีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประกอบด้วยหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส คือ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน จากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งหน่วยงานในสังกัด จะต้องส่งเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการควบคุมภายในมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ถูกต้องครบถ้วน ตามเวลาที่กำหนด</p> <p>2. ฝ่ายตรวจสอบและควบคุมภายใน จะทำการสรุปผลการประเมินเสนอต่อผู้บริหารทราบทุก 6 เดือน</p>														
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ได้รับการตรวจสอบและผ่านเกณฑ์การประเมินตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 4 คะแนนขึ้นไป														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน														

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<p>- มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของหน่วยงาน โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2.ผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart) 3.แบบสอบถามการควบคุมภายในครอบคลุมทุกด้าน 4.แบบประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบประเมิน 17 หลักการ) 5.ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง 	<p>- มีการรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในโดยรายละเอียดในรายงานต่างๆ ต้องมีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผลกัน และมีความครบถ้วนถูกต้อง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4) 2.รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5) 	<p>- มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในของส่วนงานย่อยทุกระดับ พร้อมเอกสารเชิงประจักษ์ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง ทันเวลา ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ 2.ผังขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow Chart) 3.แบบสอบถามการควบคุมภายในครอบคลุมทุกด้าน 4.แบบประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบประเมิน 17 หลักการ) 5.ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยง 6.รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปค.4) 7.รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบ ปค.5) 8. มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตามแบบติดตาม ปค.5 9. มีการจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค.5) ภาพรวมของหน่วยงาน (ต.ค.-มี.ค.) ซึ่งได้ดำเนินการปรับปรุงการควบคุมภายในตามความเสี่ยงที่เกิดขึ้น พร้อมส่งเอกสารเชิงประจักษ์ให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 10.หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ร้อยละ 80 	<p>- มี Best Practice</p>	<p>- มีนวัตกรรม/ หรือ ได้รางวัล</p>

หมายเหตุ : ค่าคะแนนแต่ละระดับ เท่ากับ 1 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 20

วิธีการประเมินผล	<p>1) หน่วยงานที่มีการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของหน่วยงาน โดยปฏิบัติตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</p> <p>2) หน่วยงานจัดส่งรายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน ของส่วนงานย่อยทุกระดับให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพร้อมเอกสารเชิงประจักษ์ ได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง และทันเวลา</p> <p>3) หน่วยงานที่มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อยของหน่วยงาน ให้ครอบคลุมครบถ้วน และเป็นปัจจุบันอยู่เสมอ</p>													
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. เอกสารหลักฐานประกอบการประเมินเป็นไปตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายใน สำหรับหน่วยงานของรัฐที่กระทรวงการคลัง และแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด 2. กฎหมาย ระเบียบ ขอบบังคับที่เกี่ยวข้อง ของ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 2.1 รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 มาตรา 62 วรรคสาม 2.2 พระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ. 2561 หมวด 4 มาตรา 79 2.3 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง ควบคุมมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 และที่แก้ไขเพิ่มเติม 2.4 หลักเกณฑ์กระทรวงการคลังควบคุมมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561 													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 55%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 18%;">2563</th> <th style="width: 18%;">2564</th> <th style="width: 19%;">2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</td> <td>ร้อยละ</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">77.78 (21/27)</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	77.78 (21/27)
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ	-	-	77.78 (21/27)										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>นางสาวอาสยา รัตนมณี นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 7353 2056 ต่อ 122 โทรศัพท์ 0 8965 5347 7</p> <p>นางสาวศศิประภา สุขเพชร เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7353 2056 ต่อ 122 โทรศัพท์ 0 8226 1666 0</p>													
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>ฝ่ายตรวจสอบและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>นางสาวศศิประภา สุขเพชร เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน 0 7353 2056 ต่อ 122 โทรศัพท์ 0 8226 1666 0</p>													
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	<p>นางรอยัน หะยีมะเย็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) โทรศัพท์ 099-3610303</p>													

กลุ่ม	นโยบายสสจ.
ประเด็น	นโยบาย 317
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 41	ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์และนโยบาย 317
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ตามแผนยุทธศาสตร์ หมายถึง การวัดระดับความสำเร็จของการดำเนินการขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ที่ดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมาย และเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยดำเนินการตามขั้นตอน ของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การวิเคราะห์ปัญหา/สถานการณ์ และแนวโน้มในอนาคต 2. การจัดทำแผนกลยุทธ์ 3. การจัดทำแผนปฏิบัติการ 4. การขับเคลื่อน/การปฏิบัติตามแผน 5. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล <p>นโยบาย 317 หมายถึง การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ ที่บรรจุในแผนปฏิบัติราชการประจำปี 2566 ดำเนินการเสร็จสิ้น ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 3
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามและประเมินผลการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ ให้ดำเนินการเสร็จสิ้น ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566
กลุ่มเป้าหมาย	สสจ./รพ.ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - การจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการประจำปี - รวบรวมและจัดเก็บเอกสาร/รูปภาพต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - แผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการประจำปี - เอกสารสรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน
รายการข้อมูล 1	A : โครงการที่จัดทำ (ที่อนุมัติ) สอดคล้อง เชื่อมโยงกับกลยุทธ์
รายการข้อมูล 2	B : โครงการทั้งหมดตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี 2566
รายการข้อมูล 3	C : โครงการที่ดำเนินการเสร็จสิ้น ภายใน 31 กรกฎาคม 2566
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละโครงการที่จัดทำ ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ = $A/B \times 100$ 2. ร้อยละโครงการที่ดำเนินการตาม 317 = $C/A \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2565 -กรกฎาคม 2566

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
<p>1. การวิเคราะห์ปัญหา/สถานการณ์ และแนวโน้มในอนาคต</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ภาพรวม คปสอ. - มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาและแนวโน้มในอนาคต พร้อมจัดลำดับความสำคัญของปัญหา - วิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส สิ่งคุกคาม 	<p>2. การจัดทำแผนกลยุทธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประชุมจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วม - จัดทำแผนกลยุทธ์ (กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ กลยุทธ์ เป้าประสงค์ KPI ค่าเป้าหมายฯ และมาตรการสำคัญที่จะดำเนินการ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์) 	<p>3. การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการขับเคลื่อน/การปฏิบัติตามแผน</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนงาน/โครงการ ที่สอดคล้องเชื่อมโยง ครอบคลุม กลยุทธ์ ร้อยละ 80 - มีการสื่อสาร/ถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติ กับหน่วยงานย่อย 	<p>4. การกำกับ ติดตาม ประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการติดตาม ประเมินผล ชัดเจน พร้อมวิธีการประเมินที่สอดคล้องกับแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ - มีระบบติดตาม ควบคุมกำกับ และ ประเมินผล ตามแผน - แผนงาน/โครงการ ที่ดำเนินการได้ตามแผน และนโยบาย 317 > ร้อยละ 80 - มี Best Practice ด้านการจัดทำแผน/การควบคุม กำกับตามนโยบาย 317 	<p>5. ความก้าวหน้าและการสร้างนวัตกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - สรุปความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนฯ - ร้อยละโครงการฯ ที่ดำเนินการ ได้ตามแผนและนโยบาย 317 > ร้อยละ 80 - ประชุมวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นฐานในการจัดทำแผนฯ ครั้งต่อไป - ทบทวนและปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการฯ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป - มีนวัตกรรม ด้านการจัดทำแผน/การควบคุม กำกับตามนโยบาย 317 													
วิธีการประเมินผล	- ตรวจสอบเอกสาร แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติราชการ และรายงานสรุปผลการดำเนินงาน																
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน - หนังสือเชิญประชุม/บันทึกข้อความต่างๆ - แผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติราชการประจำปี - เอกสารสรุปรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน 																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NA</td> <td></td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	NA		NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
NA		NA	NA	NA													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานตัวชีวิต	<p>1. นางพิรพรรณ ชีวียะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 089-8768529</p> <p>2. นางศศิกานต์ นิเฮาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 095-0172017</p>																
หน่วยงานประมวผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางศศิกานต์ นิเฮาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 095-0172017 Email : sasi.sbn@gmail.com																
ผู้กำกับดูแลตัวชีวิต	นางรอยัน หะยีมะเย็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) โทรศัพท์ 099-3610303																

กลุ่ม	นโยบายสสจ.
ประเด็น	การวางแผนงานรองรับ
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 42	ระดับความสำเร็จในการวางแผน เพื่อรองรับการดำเนินงานที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย (Score < 3)
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการวางแผน เพื่อรองรับการดำเนินงานที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3 คะแนน
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5
วัตถุประสงค์	- เพื่อประเมินความเหมาะสมของปัจจัยนำเข้า ในการจัดทำแผนงาน/โครงการ ในปี 2567 - เพื่อจัดทำแผนงาน/โครงการ แก้ปัญหาประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3
กลุ่มเป้าหมาย	สสจ./รพ.ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การทำ Spider Diagram และรวบรวมประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ที่ได้ระดับคะแนน < 3 2. การวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน/สถานการณ์โรค 3. การจัดทำแผนงาน/โครงการ แก้ปัญหาประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3
แหล่งข้อมูล	1. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3 2. แผนงาน/โครงการ แก้ปัญหาประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3
รายการข้อมูล 1	A : จำนวนแผนงาน/โครงการ แก้ปัญหาประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนประเด็นตัวชี้วัดตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละความครอบคลุมของการจัดทำแผนงาน/โครงการ รองรับประเด็นที่ได้ระดับคะแนน < 3 = $A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	กรกฎาคม - สิงหาคม 2566

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีคณะทำงานในการติดตามผลการดำเนินงาน และวิเคราะห์สภาพปัญหา - มีการประชุมชี้แจงและมอบนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนรองรับผลงานที่มี score น้อยกว่า 3 คะแนน - จัดทำ Spider Diagram 69 ตัวชี้วัด - มีผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดที่ชัดเจน	- รวบรวมประเด็นการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3 - ศึกษา วิเคราะห์สภาพปัญหา มาตรการ ของผลการดำเนินงานที่ผ่านมา - จัดลำดับความสำคัญของปัญหา - กำหนดกลยุทธ์/มาตรการ ในการแก้ปัญหา	- มีแผนงาน/โครงการรองรับประเด็นตัวชี้วัดที่ได้ระดับคะแนน น้อยกว่า 3 ครอบคลุมร้อยละ 80	- มีแผนงาน/โครงการรองรับประเด็นตัวชี้วัดที่ได้ระดับคะแนน น้อยกว่า 3 ครอบคลุม > ร้อยละ 80 - มี Best Practice รูปแบบใหม่ๆ ในการจัดทำแผนรองรับ	- มีแผนงาน/โครงการรองรับประเด็นตัวชี้วัดที่ได้ระดับคะแนน น้อยกว่า 3 ครอบคลุม > ร้อยละ 80 - มีนวัตกรรมที่เป็นแบบอย่างด้านการจัดทำแผนรองรับ

วิธีการประเมินผล	ตรวจสอบเอกสาร และผลการตรวจราชการ ระดับจังหวัด																	
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - Spider Diagram - หนังสือเชิญประชุม/บันทึกข้อความต่างๆ - รายงานสรุปการประชุม - แผนปฏิบัติการ แผนงาน/โครงการ แก้ปัญหาประเด็นตัวชี้วัดของการตรวจราชการ ระดับจังหวัด ปี 2566 ที่ได้ระดับคะแนน < 3 																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>NA</td> <td></td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	NA		NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2563	2564	2565														
NA		NA	NA	NA														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1.นางพิรพรรณ ชีวียะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 089-8768529 2.นางศศิกานต์ นิเฮาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 095-0172017																	
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางศศิกานต์ นิเฮาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 095-0172017 Email : sasi.sbn@gmail.com																	
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางรอยัน หะยิมะเย็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) โทรศัพท์ 099-3610303																	

กลุ่ม	นโยบายสสจ.
ประเด็น	การถ่ายโอน
ด้าน	บริหาร
ตัวชี้วัดที่ 43	ระดับความสำเร็จของการเตรียมความพร้อมรองรับการถ่ายโอน
คำนิยาม	<p>การเตรียมความพร้อมรับการถ่ายโอนสู่ท้องถิ่น หมายถึง การจัดเตรียมข้อมูลเอกสารและหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อส่งมอบให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ดังนี้</p> <p><u>ด้านบุคลากร</u></p> <p>- บุคลากรที่ปฏิบัติงานใน สอน. เฉลิมพระเกียรติฯ รพ.สต. ประกอบด้วย เอกสาร กพ.7 คำสั่งมอบหมายงาน เลขประจำตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน</p> <p><u>ด้านการเงิน งบประมาณ</u></p> <p>- การเงิน ประกอบด้วย งบลงทุน งบค่าเสื่อม เงินบำรุง บัญชีรายรับ-รายจ่ายมีความเป็นปัจจุบัน</p> <p><u>ด้านครุภัณฑ์อาคารสถานที่</u></p> <p>- ครุภัณฑ์ ประกอบด้วย ทะเบียนคุมพัสดุ ครุภัณฑ์ มีความครบถ้วนสมบูรณ์</p> <p>- ที่ดิน ประกอบด้วย โฉนดที่ดิน เอกสารสิทธิ์ หรือหนังสือมอบที่ดิน</p> <p>- สิ่งก่อสร้าง ประกอบด้วย แบบแปลน ภาพถ่ายขอบเขตพื้นที่</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 3
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อเตรียมความพร้อมถ่ายโอน สอน. เฉลิมพระเกียรติฯ รพ.สต. ทุกแห่ง 2. เพื่อถ่ายโอนบุคลากร งบประมาณ อาคารสถานที่ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดนราธิวาส
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.ในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 57 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.นราธิวาส ข้อมูลจากระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม สปสช. ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานการใช้จ่ายงบค่าเสื่อม สปสช. (https://ucapps.nhso.go.th/InvestmentBudget) ระบบรายงานข้อมูลทรัพยากรบุคคล https://nonhr.moph.go.th/
รายการข้อมูล 1	A=วงเงินงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 ที่มีการเบิกจ่าย ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 = จำนวนบุคลากรใน รพ.สต.ทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	B=วงเงินงบค่าเสื่อมปีงบประมาณ 2566 ที่ได้รับจัดสรร = จำนวนบุคลากรในรพ.สต.ที่ได้รับการโอนย้าย
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B*100$
ระยะเวลาประเมินผล	1 ตุลาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2566

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
วิธีการประเมินผล	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	- มีคณะทำงานในการพัฒนาเรื่องการถ่ายโอน - มีการชี้แจงเรื่อง การถ่ายโอนให้ จนท. ทราบโดยทั่วกัน (พร้อมหลักฐาน)	- มีการรวบรวม จำนวน รพ.สต. และบุคลากรที่จะ ถ่ายโอน - มีการเตรียมความพร้อม ด้าน บุคลากร งบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์สิ่งของ ที่ดิน - มีแนวทางในการ ปฏิบัติต่อบุคลากร ที่ไม่ได้ถ่ายโอน (SOP)	มีข้อมูล เอกสาร และหลักฐาน เชิงประจักษ์ดังนี้ - รพ.สต.มีบัญชี รายรับรายจ่ายมี ความเป็นปัจจุบัน - รพ.สต. มี ทะเบียนคุม ครุภัณฑ์ ที่มีความ ถูกต้องร้อยละ 80 - รพ.สต. มีเอกสาร หลักฐาน เกี่ยวกับ โฉนดที่ดิน อาคาร สิ่งก่อสร้าง ร้อยละ 80	มีข้อเสนอแนวทาง ในการทำงาน ร่วมกับ รพ.สต. ที่ ถ่ายโอนไปยัง อบจ. มากกว่าร้อยละ 80 (SOP) - รพ.สต.มีบัญชี รายรับรายจ่ายมี ความเป็นปัจจุบัน - รพ.สต. มี ทะเบียนคุม ครุภัณฑ์ ที่มีความ ถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 80 - รพ.สต. มีเอกสาร หลักฐาน เกี่ยวกับ โฉนดที่ดิน อาคาร สิ่งก่อสร้าง มากกว่าร้อยละ 80	มีข้อเสนอแนวทาง ในการทำงานของ สสอ.หลังจากถ่าย โอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. (SOP) - รพ.สต.มีบัญชี รายรับรายจ่ายมี ความเป็นปัจจุบัน - รพ.สต. มี ทะเบียนคุม ครุภัณฑ์ ที่มีความ ถูกต้องมากกว่า ร้อยละ 80 - รพ.สต. มีเอกสาร หลักฐาน เกี่ยวกับ โฉนดที่ดิน อาคาร สิ่งก่อสร้าง มากกว่าร้อยละ 80
เอกสารสนับสนุน	หลักเกณฑ์การโอนย้าย รพ.สต.ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด การกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	-	2563	2564	2565
			-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายคมสรณ์ ชื่นรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์. 081-599-9540 Email. Mixkhorx14@hotmail.com				

หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางพีรพรรณ ชีวียะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 089-8768529 2.นายคมสรค์ ชื่นรัมย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5999540
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นายนิวัน นิโษะ สาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาสและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 081-3282558

ด้าน PP&P

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	Maternal Death														
ด้าน	PP&P														
ตัวชี้วัดที่ 44	อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน														
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จาก การตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและ ฆาตกรรม ต่อการเกิดมีชีพแสนคน														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> <td>ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับให้มีคุณภาพตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล และเครือข่ายระดับจังหวัด เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการ ตั้งครรภ์ และการคลอด อย่างมีประสิทธิภาพ จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เมื่อเกิดมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา ศูนย์อนามัยที่ 1-12 ประสานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย <ul style="list-style-type: none"> ส่งรายงานการตายมารดาเบื้องต้น ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th ภายใน 24 ชั่วโมง ประสานกับคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเพื่อรวบรวมข้อมูลมารดาตาย และจัดประชุม ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา รายงานการตายมารดา (MDR report) ผ่าน https://mpdsr.anamai.moph.go.th แก่กรมอนามัย ภายใน 30 วัน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย วิเคราะห์ข้อมูลมารดาตายในภาพรวมและรายงานแก่คณะกรรมการ ขับเคลื่อนงานมารดาและทารกปริกำเนิด และจัดทำรายงานประจำปี และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสนอต่อ ผู้บริหารระดับสูง 														
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$														
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน														

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<p>1.มีคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board , EMC, Service plan</p> <p>2.แผนงาน/โครงการ และมีผู้รับผิดชอบ ชัดเจน</p> <p>3.มีแผนการดำเนินงาน เพื่อป้องกันการเสียชีวิต ของมารดา</p>	<p>1.ประชุม คณะกรรมการ. MCH Board , Service plan, EMC ทุก 3 - 4 เดือน</p> <p>2.มีการใช้แผน EMC เพื่อลดแม่ตาย</p> <p>3.มีการวิเคราะห์ สาเหตุการตายของ มารดาและนำผลการ วิเคราะห์มาพัฒนา รูปแบบการดำเนินงาน</p> <p>4.มีแผนป้องกันเพื่อลด การเสียชีวิตของมารดา จากสาเหตุที่พบ</p> <p>5.มีแนวทางและปฏิบัติ ตามแนวทางการส่งต่อ</p> <p>6.ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการฝาก ครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ = ร้อยละ 75</p> <p>7.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ = ร้อยละ 75</p> <p>8.ร้อยละของหญิงหลัง คลอดได้รับการดูแล 3 ครั้งหลังคลอด = ร้อยละ 75</p> <p>9.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ซีดไกล์คลอด = 10% หรือลดลง 30% Base Line ของปี 2565</p>	<p>1.มีสรุปผลการนิเทศ ระดับ รพ.สต และมี ติดตามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.มีการซ้อมแผน EMC ปีละ 1 ครั้ง</p> <p>3.อัตราการตายเสียชีวิต = 17 ต่อแสนการมีชีพ หรือลดลง 50 % ของ Base Line ปี 2565</p>	<p>1.สรุปผลงาน สรุปผล การนิเทศ ระดับรพ.สต ทุก 3 เดือน และมี ติดตามอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2.ไม่มีมารดาตาย</p> <p>3.มี Best Practice</p>	<p>1.ไม่มีมารดาตาย</p> <p>2.มีนวัตกรรม</p>
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน	<p>- แบบฟอร์มรายงานการตายมารดา (MDR report) https://mpdsr.anamai.moph.go.th</p> <p>- แบบรายงานจังหวัดนราธิวาส</p>			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	อัตราส่วน การตายมารดา	อัตราส่วน การตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	42.24	124.49	65.78
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางฮาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์/ID Line 081-9691408 E- mail : havachanapai@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำ ข้อมูล	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	นางฮาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์/ID Line 081-9691408 E- mail : havachanapai@gmail.com				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ				
ประเด็น	Newborn Death				
ด้าน	PP&P				
ตัวชี้วัดที่ 45	อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทุกเขตบริการสุขภาพ				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรายงานเฝ้าระวังจังหวัดนราธิวาส				
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรายงานเฝ้าระวังจังหวัดนราธิวาส				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$				
ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานเป็นรายเดือน				

เกณฑ์การประเมินปี 2566:					
ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
1.มีคำสั่งคณะกรรมการ MCH Board , Service plan 2.มีแผนงาน/โครงการ และผู้รับผิดชอบชัดเจน ดำเนินงานยกระดับ บริการเพื่อป้องกันการ เสียชีวิตของทารกแรกเกิด	1.ประชุม คณะกรรมการ MCH Board , Service plan จำนวน 1 ครั้ง 2.พัฒนาระบบการดูแล ทารกแรกเกิดตาม สาเหตุเสียชีวิต 3.มีการนิเทศและผลการ นิเทศ ระดับ รพ.สต 1 ครั้ง และมีติดตามอย่างต่อเนื่อง	1.ประชุม คณะกรรมการ MCH Board Service plan จำนวน 2 ครั้ง 2.มีการปฏิบัติตามแผนการ พัฒนาเพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ ซ้ำ 3. มีการประชุมวิเคราะห์ ทารกตายทุก 1 เดือน 4.สรุปผลงาน สรุปผลการนิเทศ ระดับ รพ.สต ทุก 3 เดือน และมีติดตามอย่างต่อเนื่อง 5.อัตราการตายของทารกแรกเกิด- 28 วัน = 3.6 ต่อพันการเกิดมีชีพ	1. อัตราการตาย ของทารกแรกเกิด- 28 วัน < 3.6 ต่อพัน การเกิดมีชีพ 2. มี Best Practice	1.อัตราการตายของ ทารกแรกเกิด- 28 วัน <3.6 ต่อพันการ เกิดมีชีพ 2.มีนวัตกรรม	
วิธีการ ประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย				
เอกสาร สัมภาษณ์	-				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นครราชสีมา	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	5.45	อัตราตายทารกแรกเกิดต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	4.66	5.25	5.45
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางฮาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 063-2542779 E-mail: Havachanapai@mail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางฮาวา ชนะภัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 063-254-2779 E-mail: Havachanapai@mail.com				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	พัฒนาการเด็กปฐมวัย														
ด้าน	PP&P														
ตัวชี้วัดที่ 46	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย														
คำนิยาม	<p>เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>- พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน (1B260)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (1B262 : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่าน ไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 <p>- เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจ คัดกรอง ไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและ ครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 86</td> <td>ร้อยละ 86</td> <td>ร้อยละ 87</td> <td>ร้อยละ 88</td> <td>ร้อยละ 88</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 86	ร้อยละ 86	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 88											
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการคัดกรองพัฒนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 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														
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	$= \frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$														

ระยะเวลา ประเมินผล	ทุกไตรมาส																
เกณฑ์การประเมินปี 2566 : ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
1.มีการจัดทำคำสั่ง คณะกรรมการ หรือ มี แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรมเพื่อพัฒนา งานพัฒนาการในเด็ก 0-5 ปี 2.มีตารางการให้บริการ ประเมินพัฒนาการที่ ชัดเจน และมีชุด ประเมิน DSPM 3.มีทะเบียนรายชื่อเด็ก ที่ต้องคัดกรอง พัฒนาการ	1.มีการดำเนินกิจกรรม ตามแผนงาน/โครงการที่ วางไว้ 2.มีการประชุม คณะกรรมการฯ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.มีแนวทางการส่งต่อ กรณีพบเด็กพัฒนาการ ล่าช้า พร้อมทั้งมี ทะเบียนติดตาม	1.มีการสรุปผลการ ดำเนินกิจกรรมของ แผนงาน/โครงการ เสนอผู้บริหาร 2.คปสอ.มีการลงนิเทศ รพ.สต.เพื่อประเมิน คลินิกเด็กสุขภาพดี อย่างน้อย 1 ครั้ง 3. สรุปผลการลงนิเทศ ประเมินคลินิกเด็ก สุขภาพดีเสนอผู้บริหาร 4.ความครอบคลุมการ คัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 90 5. พัฒนาการสมวัย ร้อยละ 86 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 3 จาก BL ปี 2565	1.ความครอบคลุมการ คัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90-94.9 2.พัฒนาการสมวัย >ร้อยละ 87-89.9 3.มี Best Practice	1.ความครอบคลุมการ คัดกรองพัฒนาการ ≥ ร้อยละ 95 2.พัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ 90 3.มีนวัตกรรม /R2R ได้รับรางวัลหรือผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดีได้													
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. คู่มือ DSPM (https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/2789#wow-book/) 3. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 4. คู่มือคลินิกเด็กสุขภาพดี 5. หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี (https://bit.ly/2Vje4eS) ,ภาคปฏิบัติ - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) (https://bit.ly/2VxlQBg)																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>86.06</td> <td>67.25</td> <td>87.04</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	86.06	67.25	87.04
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มี พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	86.06	67.25	87.04													

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสุญานี อนุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 062-9649809
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสุญานี อนุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 062-9649809
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	0-5 ปี สูงตีสมส่วน										
ด้าน	PP&P										
ตัวชี้วัดที่ 47	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงตีสมส่วน										
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน • สูงตี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2563 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ • สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (และประยุกต์จากองค์การอนามัยโลก) • สูงตีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน ในคนเดียวกัน 										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ 63</th> <th>ปีงบประมาณ 64</th> <th>ปีงบประมาณ 65</th> <th>ปีงบประมาณ 66</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละเด็กสูงตีสมส่วน</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 62</td> <td>ร้อยละ 64</td> <td>ร้อยละ 66</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ร้อยละเด็กสูงตีสมส่วน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66							
ร้อยละเด็กสูงตีสมส่วน	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริม เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0 - 5 ปี 2. เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขและการเฝ้าระวังทางโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และโรงเรียนระดับอนุบาล 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	พ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง และบันทึกด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 20.1 กิโลกรัม ส่วนสูง 151.2 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน PCU ของโรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กจากหมู่บ้าน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ซึ่ง<u>ไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย</u> บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HOSxP PCU เป็นต้น เพื่อส่งออกเพิ่มข้อมูล Nutrition ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แพ้ม 										
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) 2) สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3) โรงเรียนระดับอนุบาล 4) หมู่บ้าน (จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) 										
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน										
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0 - 5 ปีสูงตีสมส่วน = $(A1 / A2) \times 100$										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส										

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																										
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																						
<p>1. มีการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการ หรือ มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเพื่อพัฒนางานโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี</p> <p>2. มีทะเบียนรายชื่อเด็ก มีภาวะทุพโภชนาการ และมีการติดตาม</p> <p>3. มีการดำเนินงาน คัดกรองภาวะโลหิตจาง และมีการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก</p>	<p>1. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการที่วางไว้ หรือ มีการประชุม คณะกรรมการฯ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</p> <p>2. มีแนวทางการส่งต่อกรณีพบเด็กมีภาวะทุพโภชนาการ/ มีภาวะซีด</p>	<p>1. มีการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมของแผนงาน/โครงการเสนอผู้บริหาร</p> <p>2. คปสอ. มีการลงนิเทศ รพ.สต. เพื่อประเมินคลินิกเด็กสุขภาพดี อย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>3. สรุปผลการลงนิเทศ ประเมินคลินิกเด็กสุขภาพดีคุณภาพ เสนอผู้บริหาร</p> <p>4. ความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ \geq ร้อยละ 90</p> <p>5. สูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 66 หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3 จาก BL ปี 2565</p>	<p>1. ความครอบคลุมการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ร้อยละ 91-94.9</p> <p>2. สูงดีสมส่วน ร้อยละ 67-69.9</p> <p>3. มี Best Practice ในอำเภอ</p>	<p>1. ความครอบคลุมการได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ \geq ร้อยละ 95</p> <p>2. สูงดีสมส่วน \geq ร้อยละ 70</p> <p>3. พบภาวะโลหิตจาง \leq ร้อยละ 20</p> <p>4. จ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก \geq ร้อยละ 80</p> <p>5. มีนวัตกรรม/R2R ได้รับรางวัลหรือผลงาน เป็นแบบอย่างที่ดีได้</p>																						
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด																									
เอกสารสนับสนุน	<p>1. แนวทางการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus สู่ 2,500 วัน</p> <p>2. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี</p> <p>3. ชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย</p> <p>4. สื่อโภชนาการ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กอายุ 0-5 ปี ด้วยเทคโนโลยีเสมือนจริง (Augmented Reality : AR)</p> <p>5. ชุดความรู้กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน</p> <p>6. หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal) อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน (https://bit.ly/3CkJou4)</p> <p>7. ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (https://bit.ly/3irbmMM)</p>																									
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">Baseline data (ไตรมาส 2)</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> </thead> <tbody> <tr> <td>ชั่งน้ำหนัก วัตส่วนสูง</td> <td>80.08</td> <td>ร้อยละ</td> <td>86.90</td> <td>90.60</td> <td>85.13</td> </tr> <tr> <td>สูงดีสมส่วน</td> <td>56.33</td> <td>ร้อยละ</td> <td>52.73</td> <td>52.97</td> <td>56.33</td> </tr> </tbody> </table>					ตัวชี้วัด	Baseline data (ไตรมาส 2)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ชั่งน้ำหนัก วัตส่วนสูง	80.08	ร้อยละ	86.90	90.60	85.13	สูงดีสมส่วน	56.33	ร้อยละ	52.73	52.97	56.33
ตัวชี้วัด	Baseline data (ไตรมาส 2)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																							
			2563	2564	2565																					
ชั่งน้ำหนัก วัตส่วนสูง	80.08	ร้อยละ	86.90	90.60	85.13																					
สูงดีสมส่วน	56.33	ร้อยละ	52.73	52.97	56.33																					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสุญานี อนุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0629649809
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสุญานี อนุชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 0629649809
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ				
ประเด็น	6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน				
ด้าน	PP&P				
ตัวชี้วัดที่ 48	ร้อยละของเด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดี สมส่วน				
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • เด็กอายุ 6 – 14 ปี หมายถึง เด็กอายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน • กราฟการเจริญเติบโต หมายถึง กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปีบริบูรณ์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2564 (จัดทำจาก การจัดทำเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 5-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563) โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบฐานข้อมูล HDC ภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2564 เป็นต้นไป • สูงดีสมส่วน หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับ สมส่วน (ในคนเดียวกัน) 				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 57	ร้อยละ 59	ร้อยละ 61	ร้อยละ 63	ร้อยละ 65
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-14 ปี 2. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูงด้วยทศนิยม 1 ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก 47.5 กิโลกรัม ส่วนสูง 160.5 เซนติเมตร 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ PCU จากโรงพยาบาล นำเข้าข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูงของเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการทุกแห่ง เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกเพิ่มข้อมูลงานโภชนาการ (เพิ่ม Nutrition) ตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 เพิ่ม <p>หมายเหตุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงเกิน 1 ครั้งต่อเทอม จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม - 1 คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง 2 เทอมจะนับให้เทอมละ 1 ครั้ง 				
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center 2. จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรายงานเฝ้าระวังจังหวัดนครราชสีมา 				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะสูงดีสมส่วน = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	<p>วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ :</p> <p>ภาคเรียนที่ 2 (ปีการศึกษา 2565) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน ธ.ค. ม.ค. ก.พ.</p> <p>ภาคเรียนที่ 1 (ปีการศึกษา 2566) พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูลเดือน พ.ค. มิ.ย. ก.ค.</p>				

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.ศึกษา วิเคราะห์ สภาพปัญหา ของพื้นที่ / 2.มีนโยบายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ/แต่งตั้ง คณะกรรมการ,คณะทำงาน 3.กำหนดโครงสร้าง/ บทบาทของคณะกรรมการ มีโครงการและกิจกรรม เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.จัดประชุมคณะทำงาน / วางแผน กำหนด ทิศทางการดำเนินงาน /วิเคราะห์ ข้อมูลสุขภาพของนักเรียน 2.มีโครงการและจัด กิจกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1.เป้าหมายเข้าร่วม โครงการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอละ 5 แห่ง 2.นิเทศ/ติดตามและ ประเมินผลโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 3.มีการจัดกิจกรรมส่งเสริม โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอละ 5 แห่ง 4.ภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วน ร้อยละ 57	1.ผลการดำเนินงานของ นักเรียนที่ผ่านการประเมินตาม แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 50 2.ภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วน ร้อยละ 58- 60 3.มีบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ 4.มี Best Practice ในการ ส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน หรือมี โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานสากล อย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล	1.ภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วนร้อยละ ≥ 60 2.มีนวัตกรรมสิ่งใหม่ ในการเสริมสร้าง ส่งเสริม โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

วิธีการประเมินผล

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข แต่ละเทอมกับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด

เอกสารสนับสนุน

- 1.ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) สื่อ NuPETHS Animation
2. คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนตามแนวคิด Active learning
3. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564
4. แผ่นพับการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี ปี 2564
5. คู่มือการจัดอาหารกลางวันสำหรับเด็กนักเรียน ตามมาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหาร และอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา
6. ชุด Package Mobile Child Strong Together ด้านโภชนาการ “โภชนาการดี เท่หุ่นดี แข็งแรง”
7. หลักสูตร การจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา ฉบับทดลองใช้
8. หนังสือ สุขภาพดี เริ่ม ที่...อาหาร ลดหวาน มัน เค็ม เดิมเต็มผัก ผลไม้
9. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC
10. คู่มือผู้จัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)
11. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน
12. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น
13. หนังสือผักผลไม้สร้าง
14. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน
15. หนังสือสารพัดเมนูไข่สำหรับเด็กวัยเรียน
16. ดื่มนมจืด ยืดความสูง
17. อ่านฉลาดอย่างฉลาด
18. คลิปการออกกำลังกายที่เพียงพอ และนอนหลับดี สำหรับเด็กวัยเรียนวัยรุ่น
<https://dopah.anamai.moph.go.th/th/vdo-gallery/3562>
19. นวัตกรรมลดโรคอ้วนในเด็กไทย ChoPA & ChiPA Game ฉบับย่อ
<https://www.chopachipa.org/Home/news/333>

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	เด็กอายุ 6 – 14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	55.88	50.79	41.31
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายฮาริส แวอูมา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 093-8985495				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายฮาริส แวอูมา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 093-8985495				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ				
ประเด็น	เด็ก 3 ปี ฟันผุ				
ด้าน	PP&P				
ตัวชี้วัดที่ 49	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ				
คำนิยาม	1. เด็กอายุ 3 ปี หมายถึง เด็กที่อายุ 3 ปี ถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน 2. ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 75 หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	ร้อยละ 75 หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	ร้อยละ 75 หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	ร้อยละ 75 หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	ร้อยละ 75 หรือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 3
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็ก อายุ 3 ปี				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	.กลุ่มเด็กอายุ 3 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	จากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อ ตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 18.2 OHSP ร้อยละเด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ A -> จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพ ช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องมาจากโรคฟันผุ				
รายการข้อมูล 2	จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อ ตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> 18.2 OHSP ร้อยละเด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) -> คอลัมน์ B -> จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ทุกสิทธิ ในเขตพื้นที่ รับผิดชอบเป็นภาพรวมอำเภอ				
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัด = รายการข้อมูล 1 / รายการข้อมูล 2 × 100 รายการข้อมูล 1 = จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องมาจากโรค ฟันผุ รายการข้อมูล 2 = จำนวนเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก				
ระยะเวลา ประเมินผล	เดือนตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566				

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- มีการทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์โรคฟันผุในเด็ก 3 ปี - มีการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงาน	- มีแผนงาน โครงการ แก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากเด็ก 0-12 ปี - มีการดำเนินงานเฝ้าระวังทันตสุขภาพ และการจัดระบบบริการ ส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในเด็ก 0-12 ปีอย่างต่อเนื่อง	- มีการบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ที่ครบถ้วน - มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ทบทวนและสรุปผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด - มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย - เด็ก 3 ปีปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้น 3 จุด หรือ บรรลุร้อยละ 75	- มี Best Practice การพัฒนางานส่งเสริมป้องกันและเฝ้าระวังทันตสุขภาพเด็ก 0-12 ปี การติดตาม - หรือมีการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงระดับต่างๆ พร้อมทั้งมีการให้บริการทันตกรรมตามความจำเป็นตามสภาพปัญหาอย่างครอบคลุม	- มีนวัตกรรมที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก หรือรางวัล เชิดชูเกียรติการดำเนินงานสุขภาพช่องปากเด็ก

วิธีการประเมินผล เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

เอกสารสนับสนุน -แนวทาง และแผนการดำเนินงาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2563	2564	2565
เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ	46.97	46.52	60.7

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงาน
ตัวชี้วัดนางรุชหละ บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 โทรศัพท์ 0860319603
E-mail : dental.narassj@gmail.comหน่วยงาน
ประมวลผล
และจัดทำข้อมูลกลุ่มงานทันตสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสผู้รับผิดชอบการ
รายงานผลการ
ดำเนินงานนางสาวนิภาวดี นิโษะ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน
โทรศัพท์ 073-532058 โทรศัพท์ 063-0843304
E-mail : dental.narassj@gmail.comผู้กำกับดูแล
ตัวชี้วัดนางอภิญญา ก้อเต็ม
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
โทรศัพท์ 089- 6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ			
ประเด็น	การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I			
ด้าน	PP&P			
ตัวชี้วัดที่ 50	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย			
คำนิยาม	<p>เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ปีการศึกษา 2568 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงาน คณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็น ค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (1998; update 2013)</p> <p>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ เด็ก ปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD- 10 (หมวด F84.x, G80.x, Q90.x) หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป</p> <p>ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการ สมวัย หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการ ตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือ ประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention) คู่มือส่งเสริม</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 103				
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
กระตุ้นติดตาม	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70
เกณฑ์เป้าหมายย่อย : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย				
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
พัฒนาการ TEDA4i	ร้อยละ 35	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 40
จนสมวัย				

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย 2. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย 3. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัย ส่งผลต่อระดับสติปัญญา 4. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็น ความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย : เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม การศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริม การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน สำนักงานการศึกษา เมืองพัทยา และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย : เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ 1 แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ 2 แล้วยังพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า</p> <p>อย่างน้อย 1 ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-10</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>เป้าหมาย : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ทั่วประเทศ</p> <p>เป้าหมายย่อย : ใช้ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ตั้งแต่วันที่ 1 ต.ค. ๖๕ ยกเว้น กทม.ใช้ ข้อมูลที่สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวบรวมจาก การดำเนินงานข...</p>
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมาย : ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทย ปี 2570</p> <p>เป้าหมายย่อย :</p> <p>ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 1-12 ดึงข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ทั้งหมด</p> <p>โดยข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ครบตามเกณฑ์ทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการในหมวดที่ กำหนด</p> <p>ข้อมูลเด็กปฐมวัย (อายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้ว ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จน มีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ในหมวดที่กำหนด</p>
รายการข้อมูล 1	A = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	<p>B = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ</p> <p>C = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>D = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นครบตามเกณฑ์แล้วได้รับการ ติดตามมาประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วย DSPM</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ตามเกณฑ์เป้าหมาย = (A/B)</p> <p>ตามเกณฑ์เป้าหมายย่อย = (C/D) x 100</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>เป้าหมาย : ทุก 5 ปี</p> <p>เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 และไตรมาส 4</p>

เกณฑ์การประเมิน ปี 2566					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
<p>- มีการวางแผนงาน เด็กปฐมวัยอายุ 9, 18, 30, 42, 60 เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM และพบเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I ตามระยะเวลาครบ 60 วัน หลังพบพัฒนาการล่าช้า</p> <p>- มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I</p>	<p>- มีการติดตามเด็กที่คัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ / หรือประเมิน พัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA4I</p>	<p>- มีการดำเนินการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ได้รับการติดตาม ครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ ร้อยละ 70</p>	<p>- การติดตามเด็กมีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ได้รับการติดตาม ครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ > ร้อยละ 70</p> <p>- มี Best Practice</p>	<p>- การติดตามเด็กมีพัฒนาการล่าช้า เพื่อให้ได้รับการติดตาม ครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ > ร้อยละ 70</p> <p>- มีนวัตกรรม</p>	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย และจาก การรายงานผลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำหรับในเขตสุขภาพที่ 13 สถาบันราชานุกูล และสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น รามนครินทร์ รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานของเครือข่ายบริการในเขตสุขภาพ ที่รับผิดชอบ				
เอกสารสนับสนุน :	ผลสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์เด็กไทย ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประจำปี 2564 - รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559 กรม สุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือTEDA4I สามารถทำได้ในระดับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ปีงบประมาณ 2565 ผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า เป้าหมาย เด็กแรกเกิด – 5 ปี (5 ปี 11 เดือน 29 วัน)	ร้อยละ	-	-	65.73

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานตัวชี้วัด	1.นางสมบุญ บุษยะรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 062-0732776 2.นางสาวปรารถนา คำนึ่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 099-3031253
หน่วยงานประมวผลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสมบุญ บุษยะรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 062-0732776 2.นางสาวปรารถนา คำนึ่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ 099-3031253
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924

กลุ่ม	ตรวจราชการ
ประเด็น	บุหรี
ด้าน	PP&P
ตัวชี้วัดที่ 51	ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่โดยสถานบริการสาธารณสุขในที่ทำงาน หรือชุมชน
คำนิยาม	<p>ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ประชาชนหรือ อสม.ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน</p> <p>ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่ภายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา</p> <p>บุหรี หมายถึง บุหรีซิกาแรต บุหรีซิการ์ บุหรีอื่นๆ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมาย ว่าด้วยยาสูบ</p> <p>การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจมูกโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน</p> <p>ผู้ดื่มสุรา หมายถึง ผู้ที่ดื่มสุราทั้งแบบความเสี่ยงต่ำ แบบความเสี่ยงปานกลาง และแบบความเสี่ยงสูง ภายในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>ผู้มีปัญหาจากการดื่มสุรา หมายถึง ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีพฤติกรรมดื่มสุรา</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่และดื่มสุราได้รับการคัดกรองและบำบัด 2. เพื่อเร่งรัดผลงานการคัดกรองและบำบัดบุหรีและดื่มสุราให้เข้าถึงบริการบำบัด 3. เพื่อให้ผู้มีปัญหาจากการสูบบุหรี่และดื่มสุราให้เลิกสูบบุหรี่และเลิกดื่มสุราได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เป็นคนไทย
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>การบันทึก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ และคัดกรองพฤติกรรมกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ บันทึกข้อมูลผ่านรายงานบนพื้นฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2. ประชาชนที่สูบบุหรี่ได้รับการบำบัดบุหรี บันทึกข้อมูลผ่านรายงานบนพื้นฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล 1	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 ร้อยละ 45 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ผ่านรายงานบนพื้นฐานข้อมูล 43 แฟ้ม <p>A = ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการ คัดกรองการสูบบุหรี่</p> <p>B = ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป</p> <p>สูตรคำนวณ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.มีคำสั่ง คณะกรรมการบริโภคนยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับอำเภอ 2.มีข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	-มีแผนงานการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ	1.ดำเนินงานแผนงานตาม 5 มาตรการการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ 2.กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ร้อยละ 45	1.กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ร้อยละ > 45 2.มี Best Practice	1.กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่ ร้อยละ > 45 2.มีนวัตกรรม

วิธีการประเมินผล	สำรวจและนิเทศติดตาม																
เอกสารสนับสนุน	- บันทึกข้อมูลคัดกรองผ่านระบบ 43 แฟ้มใน Special PP - วัตถุประสงค์ดำเนินงานจากรายงาน HDC ชื่อรายงาน "ข้อ 9.2 การคัดกรองและบำบัดผู้ติดยาสูบ (specialpp)"																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนครราชสีมา	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่</td> <td>ร้อยละ</td> <td>44.85</td> <td>39.74</td> <td>38.99</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	การคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่	ร้อยละ	44.85	39.74	38.99
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
การคัดกรองประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดได้รับการคัดกรองการสูบบุหรี่	ร้อยละ	44.85	39.74	38.99													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอิกบาร์น ราซิด โทรศัพท์ 093-7895999 E-mail : Roy_3579@hotmail.co.th																
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา																
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอิกบาร์น ราซิด โทรศัพท์ 093-7895999 E-mail : Roy_3579@hotmail.co.th																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924																

กลุ่ม	ตรวจราชการ			
ประเด็น	วัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607			
ด้าน	PP&P			
ตัวชี้วัดที่ 52	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด19 ในกลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์)			
ค่านิยามตัวชี้วัด	<p>ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 หมายถึง ประชากรกลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3</p> <p>กลุ่ม 607 หมายถึง กลุ่ม 607(ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) หมายถึง กลุ่มเป้าหมายหลักของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่ม 2 ประชาชนที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง(ปอดอุดกั้น,หอบหืด), โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคไตเรื้อรังระยะ 5 (ไตวายเรื้อรัง), โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด, โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (BMI \geq35, น้ำหนัก $>$100 kg)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย การประเมินผลรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566				
รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607	\geq ร้อยละ 90	\geq ร้อยละ 90	\geq ร้อยละ 90	\geq ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายด้วยโรคโควิด 19 ในกลุ่ม 607			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>กลุ่มเป้าหมายหลักของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>กลุ่ม 1 ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป</p> <p>กลุ่ม 2 ประชาชนที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> -โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง(ปอดอุดกั้น,หอบหืด) -โรคหัวใจและหลอดเลือด -โรคไตเรื้อรังระยะ 5 (ไตวายเรื้อรัง) -โรคหลอดเลือดสมอง -โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด -โรคเบาหวาน -โรคอ้วน (BMI \geq35,น้ำหนัก $>$100 kg) 			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 อำเภอ และจากฐานข้อมูลจากระบบ MOPH – IC			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากระบบ MOPH – IC หรือทะเบียนการให้บริการของพื้นที่			
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนกลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ที่ได้รับวัคซีนโควิด19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3			
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนกลุ่ม 607 (ไม่รวมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์) ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566			

เกณฑ์การประเมินปี 2566	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
	1.มีฐานข้อมูลกลุ่ม607 ในพื้นที่รับผิดชอบ 2.ประชาสัมพันธ์สื่อสารการฉีดวัคซีนโควิด19	-มีแผนการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด19 ในกลุ่ม 607	1.มีการจัดบริการฉีดวัคซีนโควิด19 เชิงรุก ในกลุ่ม 607 2.มีระบบการติดตามกลุ่ม 607 ให้รับบริการฉีดวัคซีนโควิด19 3.ครอบคลุมการให้ฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607 ร้อยละ 90	1.ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607 >ร้อยละ 90 2.มี Best Practice	1.ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607 >ร้อยละ 90 2.มีนวัตกรรม													
วิธีการประเมิน	ประมวลผลจากรฐานข้อมูลจากระบบ MOPH – IC หรือทะเบียนการให้บริการของพื้นที่																	
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือ/แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด19 จำแนกรายกลุ่มเป้าหมาย 2.หนังสือขอสั่งการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607</td> <td>ร้อยละ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>7.05</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607	ร้อยละ	N/A	N/A	7.05
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2563	2564	2565														
ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607	ร้อยละ	N/A	N/A	7.05														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานตัวชี้วัด	นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์. 0645953390																	
หน่วยงานประเมินผลและจัดทำข้อมูล	1.กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 2.ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสาวนิตยา นิลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 089-2933639 2.นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 064-5953390 3.นายมะนาเซ อาแวเตะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-2928723																	
ผู้ดูแลกำกับตัวชี้วัด	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339																	

กลุ่ม	ตรวจราชการ					
ประเด็น	วัคซีนโควิด 19 กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์					
ด้าน	PP&P					
ตัวชี้วัดที่ 53	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์					
ค่านิยามตัวชี้วัด	<p>ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19 หมายถึง ประชากรกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3</p> <p>กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์หมายถึง กลุ่มเป้าหมายของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 ที่เป็นกลุ่มหญิงวัย เจริญพันธุ์อายุ 15 - 45 ปี</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย การประเมินผลรอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2566						
	รายการ	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569	ปี 2570
	1. ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90	≥ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายด้วยโรคโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-45 ปี					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 13 อำเภอ และจากฐานข้อมูลจากระบบ MOPH – IC					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากระบบ MOPH – IC หรือทะเบียนการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงอายุ 15 ถึง 45 ปีในพื้นที่รับผิดชอบ					
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 ถึง 45 ปีที่ได้รับวัคซีนโควิด19 เข็มกระตุ้น เข็มที่ 3					
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15 ถึง 45 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม 2565 ถึง กันยายน 2566					
เกณฑ์การประเมินปี 2566	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	<ul style="list-style-type: none"> มีฐานข้อมูลกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่รับผิดชอบ มีแผนการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ 	<ul style="list-style-type: none"> มีการดำเนินการตามแผน มีระบบการติดตามกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้มารับบริการฉีดวัคซีนโควิด19 	<ul style="list-style-type: none"> มีการจัดบริการฉีดวัคซีนโควิด19 เชิงรุก ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด19 ครอบคลุม ร้อยละ 90 	<ul style="list-style-type: none"> ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด19 ครอบคลุม ร้อยละ >90 มี Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> ให้บริการฉีดวัคซีนโควิด19 ครอบคลุม ร้อยละ >90 มีนวัตกรรม 	

วิธีการประเมิน	ประมวลผลจากฐานข้อมูลจากระบบ MOPH – IC หรือทะเบียนการให้บริการของพื้นที่				
เอกสารสนับสนุน :	1.คู่มือ/แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด19 จำแนกรายกลุ่มเป้าหมาย 2.หนังสือขอสั่งการของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละของความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานตัวชีวิต	นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์. 0645953390				
หน่วยงานประเมินผล และจัดทำข้อมูล	1.กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส 2.ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสาวนิตยา นิลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 089-2933639 2.นางหนึ่งฤทัย นิลกาญจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ 064-5953390 3.นายมะนาเซ อาแวเตะ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ โทรศัพท์ 087-2928723				
ผู้ดูแลกำกับตัวชีวิต	นายแพทย์เอกวิทย์ จินดาเพชร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลระแงะ ปฏิบัติหน้าที่นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) โทรศัพท์ 089-2999339				

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	การฆ่าตัวตายสำเร็จ										
ด้าน	PP&P										
ตัวชี้วัดที่ 54	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรในพื้นที่										
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจ และเจตนาที่จะตายจริงเพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรง กับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD -10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด Intentional self-harm (X60-X84) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตาม เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566 ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต แต่ ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปี (ตุลาคม 2565 -กันยายน 2566) ระยะเวลา 1 ปีหมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มาใช้บริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดนครราชสีมาและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X60-X84) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2564 - กันยายน 2566 เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข และ หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่ สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน 15 - 30 วัน</p>										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤ 8 /แสนประชากร</td> <td>≤ 8 /แสนประชากร</td> <td>≤ 9 /แสนประชากร</td> <td>≤9 /แสนประชากร</td> <td>≤9 /แสนประชากร</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	≤ 8 /แสนประชากร	≤ 8 /แสนประชากร	≤ 9 /แสนประชากร	≤9 /แสนประชากร	≤9 /แสนประชากร
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
≤ 8 /แสนประชากร	≤ 8 /แสนประชากร	≤ 9 /แสนประชากร	≤9 /แสนประชากร	≤9 /แสนประชากร							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการ และแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ต่อไป 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัด</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2564 -กันยายน 2565 ด้วยวิธีการต่างๆ ตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการ จำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่ เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแล ช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจน ปลอดภัย และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา 1 ปีโดยนับจากวันที่ลงมือทำร้าย ตนเอง (ตุลาคม 2565 -กันยายน 2566)</p>										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมรายงานศูนย์ป้องกันและขจัดอุบัติเหตุระดับชาติ										
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานศูนย์ป้องกันและขจัดอุบัติเหตุระดับชาติ										
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ										
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี 2565										

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย : $(A/B) \times 100,000$			
ระยะเวลาประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส 4 เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4			
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งมอบหมายงานการดูแลผู้ประสบภาวะวิกฤต/การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จ - มีแผนการดำเนินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และมีแผนการเฝ้าติดตามอาการผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน - มีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานในระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการตามแผนการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการเฝ้าติดตามอาการผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการเฝ้าติดตามอาการผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 60 - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำกว่า 3.5/แสนประชากร - ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี \geq ร้อยละ 80 - มีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานในระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ครอบคลุม ร้อยละ 70 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการเฝ้าติดตามอาการผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 70 - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำกว่า 2.5/แสนประชากร - ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี \geq ร้อยละ 90 - มีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานในระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ครอบคลุม \geq ร้อยละ 80 - มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการเฝ้าติดตามอาการผู้พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 30 วัน ร้อยละ 80 - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำกว่า 1.5/แสนประชากร - ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 100 - มีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานในระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ครอบคลุม \geq ร้อยละ 90 - มีการสร้างนวัตกรรม / ทำวิจัยในการดำเนินงาน
วิธีการประเมินผล	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อประชากรแสนคน และอธิบาย ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของทั้งในกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ			
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดย กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ,ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง 506 S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และ สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต 			

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	อัตราต่อประชากร แสนคน	1.52	0.49	0.62
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอิตีชาน กะจิ โทรศัพท์ 086-2889906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอิตีชาน กะจิ โทรศัพท์ 086-2889906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924				

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต														
ด้าน	PP&P														
ตัวชี้วัดที่ 55	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต														
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการ จัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตาม แนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง และระยะเวลา การป่วยของโรคซึมเศร้า และไม่กลับเป็นซ้ำ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในอำเภอของจังหวัดนราธิวาส ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตาม รายอำเภอในจังหวัดนราธิวาสจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวง สาธารณสุข														
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของอำเภอที่รับผิดชอบในจังหวัดนราธิวาส														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของอำเภอที่รับผิดชอบในจังหวัดนราธิวาสจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลา	เป้าหมาย : ไตรมาส 4														
ประเมินผล	เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4														
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566															
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
<ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งมอบหมายงาน การดูแลกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า - มีแผนการประเมินซึมเศร้าในผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการตามแผนการประเมินและดำเนินการคัดกรองซึมเศร้าเชิงรุกประชาชนทุกกลุ่ม 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผลการดำเนินการประเมินและคัดกรองซึมเศร้าในประชาชนทุกกลุ่ม ร้อยละ 80 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผลการดำเนินการประเมินและคัดกรองซึมเศร้าในประชาชนทุกกลุ่ม >ร้อยละ 80 - มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best Practice) ในการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีผลการดำเนินการประเมินและคัดกรองซึมเศร้าในประชาชนทุกกลุ่ม >ร้อยละ 80 - มีการสร้างนวัตกรรม/ทำวิจัยในการดำเนินงาน 											

วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขจากระบบ คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	ร้อยละ	99.73	100	100
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์ 086-2889906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์ 086-2889906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com				
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924				

กลุ่ม	PA กระทรวง														
ประเด็น	งานสื่อสารเชิงรุก														
ด้าน	PP&P														
ตัวชี้วัดที่ 56	ร้อยละการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของสถานบริการ														
คำนิยาม	<p>งานสื่อสารเชิงรุก (Proactive Communication) หมายถึง การดำเนินกิจกรรม ประชาสัมพันธ์หรือการชี้แจงให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของหน่วยงานกับประชาชน ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับบทบาท ภารกิจ กิจกรรมต่างๆ ของหน่วยงานและ ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าก่อนจะมีกิจกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการยอมรับและความร่วมมือจากกลุ่มเป้าหมาย ด้วยเทคนิคการบริหาร ประเด็น (Issue Management) และการบริหารจัดการภาวะวิกฤต (Crisis Management) ผ่านรูปแบบการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย สอดคล้องกับเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบัน</p> <p>การดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก หมายถึง การขับเคลื่อนนโยบายการสื่อสารเชิงรุกของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ตามประเด็นการดำเนินงาน ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รับมอบและถ่ายทอดนโยบายการสื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพ แก่ประชาชน ตามลำดับ 2. จัดทำฐานข้อมูลเครือข่ายประชาสัมพันธ์ คลังสื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ และประเด็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์เชิงรุก (รายปี) และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของสถานบริการ 3. มีการพัฒนาศักยภาพและทักษะด้านการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับผู้ปฏิบัติงาน 5. จัดทำแผนสื่อสารประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกของสถานบริการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เสนอผู้บริหารรับทราบตามลำดับ 6. สถานบริการดำเนินการผลิตและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์ตามแผน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566 เพื่อเผยแพร่สู่สาธารณชนในวงกว้าง 7. มีการจัดพื้นที่หรือจุดเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผู้มารับบริการ 9. มีการรายงานผลการดำเนินงานของสถานบริการในรายไตรมาส <p>สถานบริการ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขที่มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลพยาบาลชุมชน 11 แห่ง</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100				
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านสุขภาพแก่ประชาชนผู้รับบริการของสถานบริการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 3. เพื่อผู้รับบริการเกิดความเชื่อมั่น ศรัทธา และพึงพอใจในสถานบริการสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในจังหวัด 13 แห่ง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กำหนดให้สถานบริการเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บข้อมูล และส่งมอบให้กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เป็นผู้รวบรวม วิเคราะห์ และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลพร้อมนำเสนอต่อผู้บริหารตามลำดับ														
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการดำเนินการประชาสัมพันธ์ประเด็นข่าวเชิงบวกของสถานบริการ														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการสื่อสารประชาสัมพันธ์ตามแผนงานประจำปี (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)														

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	(A/B) × 100																
ระยะเวลา	เป้าหมาย : ไตรมาส 4																
ประเมินผล	เป้าหมายย่อย : ไตรมาส 1 ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4																
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีแผนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ประเด็นข่าวเชิงบวก ของสถานบริการและ แผนการจัดทำ ฐานข้อมูลเครือข่าย ประชาสัมพันธ์ คลังสื่อประชาสัมพันธ์ ออนไลน์ และ ประเด็นการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์เชิงรุก (รายปี) ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566 - มีการดำเนินการ ประชาสัมพันธ์ตาม แผนโดยใช้ช่องทาง ของสถานบริการ	- มีแผนการพัฒนา ศักยภาพและทักษะ ด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้กับ ผู้ปฏิบัติงาน ประชาสัมพันธ์เชิงรุก - มีการเผยแพร่สื่อ ประชาสัมพันธ์ ตามแผน ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเผยแพร่ สู่สาธารณชนใน วงกว้างโดยใช้ ช่องทางของ สถานบริการ	- มีการดำเนินการ พัฒนาศักยภาพและ ทักษะด้านการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ให้กับ ผู้ปฏิบัติงาน ประชาสัมพันธ์เชิงรุก - มีการเผยแพร่สื่อ ประชาสัมพันธ์ ตามแผน ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2566 เพื่อเผยแพร่ สู่สาธารณชนใน วงกว้าง - มีการรายงานผลการ ดำเนินงานของ สถานบริการ ในรายไตรมาส - ร้อยละการ ดำเนินงานสื่อสาร เชิงรุกของ สถานบริการ ร้อยละ 80	- มีการเผยแพร่สื่อ ประชาสัมพันธ์ หน่วยงานโดยช่องทาง ของสำนักงาน สารนิเทศ อย่างน้อย 1 ครั้ง - ร้อยละการดำเนินงาน สื่อสารเชิงรุกของ สถานบริการ > ร้อยละ 80 - มี Best Practice	- มีการเผยแพร่สื่อ ประชาสัมพันธ์ หน่วยงานโดยช่องทาง ของสำนักงาน สารนิเทศ อย่างน้อย 1 ครั้ง - ร้อยละการ ดำเนินงานสื่อสาร เชิงรุกของ สถานบริการ > ร้อย ละ 80 - มีนวัตกรรม													
วิธีการ ประเมินผล	1. วิเคราะห์ข้อมูลร้อยละของการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก 2. กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุกของสถานบริการทางระบบออนไลน์ หรือสุ่มตรวจเยี่ยมในพื้นที่ (ขึ้นอยู่กับโอกาสและความเหมาะสม) 3. ข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด																
เอกสาร สนับสนุน	1. เอกสาร/หลักฐาน/ภาพถ่าย/รายงานการประชุม แผนงานและแนวทางการดำเนินการตามตัวชี้วัด 2. แผนประชาสัมพันธ์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก ของสถานบริการ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก ของสถานบริการ	ร้อยละ	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ร้อยละการดำเนินงานสื่อสารเชิงรุก ของสถานบริการ	ร้อยละ	-	-	-													

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายอาหมื่น ปัตนกุล โทรศัพท์ 063-0846999 E-mail : meen.moph@gmail.com
หน่วยงาน ประมวผล และจัดทำ ข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	นายอาหมื่น ปัตนกุล โทรศัพท์ 063-0846999 E-mail : meen.moph@gmail.com
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924

กลุ่ม	PA กระทรวง														
ประเด็น	การจัดการสุขภาพชุมชน														
ด้าน	PP&P														
ตัวชี้วัดที่ 57	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน														
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับหมู่บ้าน ทั้งในเขตเมืองและชนบท</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยกระบวนการ สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p> <p>แกนนำสุขภาพ หมายถึง ผู้นำทางด้านสุขภาพในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ยูวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม) เป็นต้น</p> <p>เครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ภาคร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน เช่น พขอ. อปท. โรงเรียน ชมรม หรือ เครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้องในชุมชนทั้งภาครัฐและเอกชน</p> <p>พื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หมายถึง หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดนราธิวาส มีจำนวน 593 หมู่บ้าน</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 75</td> <td>ร้อยละ 80</td> <td>ร้อยละ 85</td> <td>ร้อยละ 90</td> <td>ร้อยละ 95</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95											
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพให้กับประชาชน														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินหมู่บ้านจากระบบ Health Gate														
แหล่งข้อมูล	การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพได้จากระบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ Health Gate														
รายการข้อมูล 1	A = ชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)														
รายการข้อมูล 2	B = ชุมชนเป้าหมายทั้งหมดในแต่ละอำเภอ (จำนวนหมู่บ้าน)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส														

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<p>- มีเครื่องมือการดำเนินงาน (คู่มือ โปรแกรม แนวทางการประเมิน)</p> <p>- สถานบริการมีการดำเนินการบันทึกข้อมูลและประเมินตนเองในระบบ Health Gate</p> <p>- มีทีม ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย</p>	<p>- ชุมชนมีการจัดทำแผนการดำเนินงานการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน และมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>- มีการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี</p> <p>- สร้างทีมแกนนำสุขภาพ เครือข่ายสุขภาพและประชาชน (Team)</p> <p>- มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ</p> <p>- ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result)</p>	<p>- ชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)</p> <p>ร้อยละ 75</p> <p>- มีตำบลจัดการคุณภาพชีวิต อำเภอละ 1 ตำบล และได้ดำเนินการทุกหมู่บ้านทุกโรงเรียน ทุกรพ.สต. ในเขตรับผิดชอบของตำบลเป้าหมาย</p>	<p>- ชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)</p> <p>> ร้อยละ 75</p> <p>- มี Best Practice ในชุมชน (มีชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเขต รับผิดชอบเดียวกัน รพ.สต ผ่านเกณฑ์ระดับพัฒนาขึ้นไป / โรงเรียน ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป /หมู่บ้าน ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป)</p>	<p>- ชุมชนที่มีการดำเนินการจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับพัฒนาขึ้นไป)</p> <p>> ร้อยละ 75</p> <p>- มีต้นแบบชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเขต รับผิดชอบเดียวกัน (รพ.สต อยู่ในเกณฑ์ระดับคุณภาพ / โรงเรียน อยู่ในเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม / หมู่บ้าน อยู่ในเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม)</p>

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

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

ระดับการพัฒนา

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

วิธีการประเมินผล	ประเมินโดยใช้แบบประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ				
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. แนวทางการประเมิน 3. ฐานข้อมูลจากระบบ Health Gate				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน(ระดับพัฒนาขึ้นไป)	ร้อยละ	-	-	28.33
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวกษมา นิรมานกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์/โทรศัพท์สาร 086-6936694 / 073-532058 ต่อ 303 Ksm.nrmk@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวกษมา นิรมานกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์/โทรศัพท์สาร 086-6936694 / 073-532058 ต่อ 303 Ksm.nrmk@gmail.com				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก่อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924				

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.	
ประเด็น	GREEN & CLEAN Hospital	
ด้าน	PP&P	
ตัวชี้วัดที่ 58	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545
	หมวด R: Restroom การพัฒนาส่วนตาม มาตรฐานส่วนสาธารณสุขไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส่วนตามมาตรฐานส่วนสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
		6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงานและ ทรัพยากร	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น สำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
		9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วย และญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขภาพอาหาร การจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพอาหาร
		11. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขภาพอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขภาพ
12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน		

		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)			
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน 90% ขึ้นไป)				
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน			
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community			
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกรายงาน 1 ด้าน				
	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการอาหารชีวนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) 2. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การจัดการของเสียทางการแพทย์ 				
	การสรุปผลการประเมินในภาพรวม : <ol style="list-style-type: none"> 1. ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 176 คะแนนขึ้นไป* 2. ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-8 หมวดละไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 และมีคะแนนรวม 243 คะแนนขึ้นไป* 3. ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทายจำนวน 1 ด้าน <p>* หมายเหตุ : ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย ประกอบด้วย หมวด Garbage ข้อ 2.1 ,3.1, 4 หมวด Nutrition ข้อ 10 (6 คะแนน) และ ข้อ 11 (6 คะแนน)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 40	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 50 – ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 30	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 60 - ระดับดีเยี่ยมขึ้นไป ร้อยละ 40 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 20	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 70 - ระดับดีเยี่ยม ขึ้นไป ร้อยละ 50 - ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย 3. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital เข้ามายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 4. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ = ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันที่ 25 ของเดือน) - รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ 3,6,9 และรอบ 12 เดือน

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<p>1.รพ.มีแผนพัฒนาในการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p> <p>2.รพ.มีคณะกรรมการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ครอบคลุมทั้ง ๕ คณะหรือมากกว่า ได้แก่ คณะ GARBAGE ,คณะ RESTROOM, คณะ ENVIRONMENT,คณะ ENERGY และคณะ NUTRITION</p> <p>3.รพ.ประกาศนโยบายการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital Challenge</p>	<p>1.ดำเนินกระบวนการระดับที่ 1 ครบทุกข้อ</p> <p>2.รพ.ประเมินตนเองผ่านโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) ได้ทันตามเวลาที่กำหนด2.ทีมนำผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ตรวจประเมินการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับ รพ.สต. ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN sub-district Health Promoting Hospital (หลักฐานเกียรติบัตรการอบรมฯ)</p> <p>3.รพ.ขยาย GREEN ลงสู่ รพ.สต.โดยเป็นพี่เลี้ยงการพัฒนาตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-District Health Promoting Hospital (GCSH) ใน รพ.สต.</p>	<p>1.ดำเนินกระบวนการระดับที่ 2 ครบทุกข้อ</p> <p>2. มีผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการในการควบคุมมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ผลLAB ข้อ 6.3, 8.3, 12.4, 12.5 และ 12.6</p> <p>3. มี Best Practice การพัฒนา GREEN ที่สามารถต่อยอด และขยายผลไปยังเครือข่าย</p> <p>4.รพ.ส่งผลงานเข้าประกวดนวัตกรรม GREEN & CLEAN Hospital ปี 2566 ทันตามเวลาที่กำหนด</p> <p>5.รพ.ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน (Standard)</p>	<p>1.ดำเนินกระบวนการระดับที่ 3 ครบทุกข้อ</p> <p>2.รพ.มีนวัตกรรม GREEN อย่างน้อย 1ผลงาน ที่พัฒนาและสามารถแก้ปัญหาในประเด็นงานที่ยังไม่สมบูรณ์ และประเด็นที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย ประกอบด้วย หมวด Garbage ข้อ 2.1, 3.1, 4 และหมวด Nutrition ข้อ 10</p> <p>3.รพ.ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับดีเยี่ยม (Excellent)</p>	<p>1.ดำเนินกระบวนการระดับที่ 4 ครบทุกข้อ</p> <p>2.รพ.ได้รับรางวัลการประกวดนวัตกรรม GREEN & CLEAN Hospitalระดับจังหวัดขึ้นไป</p> <p>3.รพ.ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย (Challenge)</p>
<p>หมายเหตุ</p> <p>ระดับที่ 2</p> <p>- การขยาย GREEN ลงสู่เครือข่ายรพ.สต. ตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Sub-District Health Promoting Hospital (GCSH) ใน รพ.สต. เช่น ให้จัดอบรมหลักสูตรป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ /เป็นทีมนำประเมิน GCSH ใน รพ.สต./สนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์ อ.11/ อ.13/ อ.31 ในการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำใน รพ.สต.) เป็นต้น</p>				

ระดับที่ 3

- การประเมินผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ โดยแนบหลักฐานดังนี้

ข้อที่ 6.3 = มีการตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนของระบบบำบัดน้ำเสียรวมของโรงพยาบาลที่รองรับน้ำเสียจากสิ่งปฏิกูล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยมีผลการตรวจไขหนองพยาธิและแบคทีเรียอีโคไลในน้ำทิ้งและกากตะกอนผ่านตามมาตรฐาน

ข้อที่ 8.3 = รายงานผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง ตามมาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

ข้อที่ 12.4 = มีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่มด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย (o11) หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลเอง ณ จุดที่ให้บริการน้ำบริโภคจุดหลักของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD), อาคารผู้ป่วยใน (IPD), สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลโดยให้ตรวจน้ำที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหาร และน้ำอุปโภค ณ ห้องน้ำของอาคารผู้ป่วยนอก (OPD) ที่มีผู้ใช้บริการมากกว่า 1 จุด โดยมีการตรวจเป็นประจำทุก 3 เดือน

ข้อที่ 12.5 = มีผลการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ) ทางห้องปฏิบัติการดำเนินการโดยโรงพยาบาลเอง หรือใช้ผลการตรวจจากหน่วยผลิตน้ำประปาที่เก็บ ณ จุดน้ำเข้าโรงพยาบาล อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และมีพารามิเตอร์ครบและผ่านตามเกณฑ์คุณภาพน้ำประปาดื่มได้ กรมอนามัย พ.ศ. 2563

ข้อที่ 12.6 = มีการตรวจเฝ้าระวังปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ (Residual chlorine) ในน้ำประปา (ปลายท่อไกลที่สุด) กำหนดมาตรฐาน 0.2 – 0.5 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์ปกติ) และ 0.5 – 1.0 มิลลิกรัม/ลิตร (สถานการณ์เกิดโรคระบาด) 1 ครั้ง/สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการตรวจสอบ หากตรวจพบปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ให้หาสาเหตุ ทำการแก้ไขปัญหาทันที และตรวจสอบซ้ำจนได้ตามมาตรฐานผลLAB คุณภาพน้ำประปา (ต้นท่อ)

ระดับที่ 4

ประเด็นที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย ประกอบด้วย

หมวด Garbage ข้อ 2.1 มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 3.13. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 4 มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545

หมวด Nutrition ข้อ 10 สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561

วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาลประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาโรงพยาบาล 2. ทีมประเมินระดับจังหวัดทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรองโรงพยาบาลที่พัฒนามาตรฐาน สิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge 3. ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge 2. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) 3. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health) 4. คู่มือการดำเนินการตามมาตรฐานการจذبบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาล 5. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล 6. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล 7. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อน 8. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลความปลอดภัย (Food Safety Hospital)

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน ของจังหวัด นราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	ระดับพื้นฐาน	ร้อยละ	7.69	-	-
	ระดับดี	ร้อยละ	15.38	7.69	-
	ระดับดีมาก	ร้อยละ	38.46	38.46	30.77
	ระดับดีมาก Plus	ร้อยละ	38.46	53.85	69.23
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ: 1. นางโรสมินี ยูนูห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 087-4776404 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : rose_mph@hotmail.com 2. นางสาวโซเฟีย นิยมรัฐไกร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 086-4802143 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : sofia.publichealth@gmail.com 3. นายศุภกร นิวาสะวัต นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 098-9253959 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : Supakorn.nivasavat@gmail.com 4. นางสาวนุรไลลา เปาะแย เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 093-5747523 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : alice_np23@hotmail.com 5. นางสาวฟิรดาวส์ มะกะ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 088-7761796 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : firadao.9007@gmail.com ผู้ประสานงานตัวชี้วัด: นางสาวโซเฟีย นิยมรัฐไกร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 086-4802143 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : sofia.publichealth@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นายแวปา วันฮุสเซ็นต์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :073-532058 ต่อ110 โทรศัพท์ 089-7331877 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : wanpawan@gmail.com 2. นางสาวโซเฟีย นิยมรัฐไกร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 073-532058 ต่อ 110 โทรศัพท์ 086-4802143 โทรศัพท์สาร 073-532058 E-mail : sofia.publichealth@gmail.com				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นายอดุล บินยูโซะ เกษีกรเชี่ยวชาญ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073 532 056-65 โทรศัพท์ 081 897 8909 E-mail: adu199@gmail.com				

ด้านโครงการพิเศษ

กลุ่ม	ตรวจราชการ				
ประเด็น	คลินิกผู้สูงอายุ				
ด้าน	โครงการพิเศษ				
ตัวชี้วัดที่ 59	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ				
คำนิยาม	<p>1. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>2. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F3-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล <p>3. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น 3 ระดับ (เอกสารแนบท้าย มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ)</p> <ol style="list-style-type: none"> โรงพยาบาลระดับ F1-F3 โรงพยาบาลระดับ M1-M2 โรงพยาบาลระดับ S-A <p>4. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ระดับ A (Advance-level Hospital): โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง ระดับ S (Standard-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ ระดับ M1 (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ระดับ M2 (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 –5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก สาขาอย่างน้อย 2 คน ระดับ F1 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด 60-120 เตียง ระดับ F2 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30-90 เตียง ระดับ F3 (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1-2 คน <p>5. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	> ร้อยละ 70	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 90	> ร้อยละ 100	> ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์คุณภาพ
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับบริการคัดกรองสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ อย่างเหมาะสม ส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ 				




ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	1. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และ รายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (F3-A) ทั้งหมด (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ F M S A)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.รพมีการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ ตาม มาตรฐานกรมการแพทย์ 2. มีการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์มาตรฐานที่ กำหนด ผ่าน plat form ของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 3. มีบุคลากรการแพทย์ และสาธารณสุขประจำ คลินิกผู้สูงอายุ 4.มีการรายงานผลการ ดำเนินงานเป็นรายไตรมาส	1.มีระบบบริการที่ ครอบคลุมการประเมิน และการดูแลฟื้นฟูสุขภาพ ผู้สูงอายุ 2.มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย 3.มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยง ข้อมูลสนับสนุนการรับส่ง ต่อทั้งในและนอก โรงพยาบาล 4. มีแนวทางการส่งต่อ ผู้สูงอายุที่พบผิดปกติ ตั้งแต่ในระดับชุมชน จนถึง รพท. 5.มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่ ผิดปกติให้เข้าถึงบริการ ทางสาธารณสุข 6. มีการรายงานผลการ ดำเนินงานเป็นรายไตรมาส	1.มีการสรุปผลการ ดำเนินงานรายเดือน โดยจำแนกรายหน่วย บริการ 2.มีการนิเทศ ติดตามการ ดำเนินงานของสถาน บริการในสังกัด 3.มีการติดตามผู้สูงอายุที่ พบผิดปกติเป็นระยะๆ จนจบกระบวนการรักษา 4.รพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์	- มี Best Practice หรือ เป็นต้นแบบ ด้านการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ในระดับจังหวัด	- มีนวัตกรรมในการ ดำเนินงานในคลินิก ผู้สูงอายุ

วิธีการประเมินผล	1. ทำการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต
------------------	---

<p>เอกสารสนับสนุน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>สื่อความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก</p> </div> </div>													
<p>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 25%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 55%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 18%;">2563</th> <th style="width: 18%;">2564</th> <th style="width: 19%;">2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td style="text-align: left;">ร้อยละ</td> <td>N/A</td> <td>N/A</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	N/A	N/A	100
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	N/A	N/A	100										
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด</p>	<p>นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>													
<p>หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล</p>	<p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
<p>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</p>	<p>นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>													
<p>ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด</p>	<p>ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวยูโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548</p>													

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	Dementia														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 60	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ														
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>> ร้อยละ 30</td> <td>> ร้อยละ 40</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ 														
แหล่งข้อมูล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (http://agingthai.dms.moph.go.th)														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส														
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566															
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
<ul style="list-style-type: none"> - รพ.มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานกรมการแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองในคลินิกทุกประเภท และมีการรายงานข้อมูลการบริการตามมาตรฐานกรมการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบส่งต่อในรพ. และมีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุกรมการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล - ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 30 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 40 - เป็นต้นแบบในการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 40 - มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม 											

วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต 													
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> 1. แนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th 5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ 													
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<table border="1" data-bbox="360 757 1485 969"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>97.92</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	97.92
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	97.92										
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>นางสาวยามีละ มุขอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>													
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>นางสาวยามีละ มุขอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>													
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	<p>ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวญโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548</p>													

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	Falling														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 61	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ														
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>> ร้อยละ 30</td> <td>> ร้อยละ 40</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> <td>> ร้อยละ 50</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
> ร้อยละ 30	> ร้อยละ 40	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50	> ร้อยละ 50											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ 														
แหล่งข้อมูล	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (http://agingthai.dms.moph.go.th)														
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ														
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ $= (A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส														
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566															
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
<ul style="list-style-type: none"> - รพ.มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐานกรมการแพทย์ - มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองในคลินิกทุกประเภท และมีการรายงานข้อมูลการบริการตามมาตรฐานกรมการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบส่งต่อในรพ. และมี การดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล - ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 30 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 40 - เป็นต้นแบบในการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยสูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ > ร้อยละ 40 - มีนวัตกรรมกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้ม 											

วิธีการประเมินผล	1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ 2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต													
เอกสารสนับสนุน	1.แนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบัน เวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th 5. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์													
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<table border="1" data-bbox="360 752 1485 969"> <thead> <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> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>78.93</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	78.93
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ	-	-	78.93										
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com													
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส													
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com													
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวยูโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548													

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	Wellness Plan														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 62	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)														
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>2) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ 2. การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ 3. สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 4. ผู้สูงอายุสมองดี 5. ความสุขของผู้สูงอายุ 6. สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ <p>3) ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ 2. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ 3. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ 4. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง 5. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ 6. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย 7. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ 8. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี 														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 50</td> <td>ร้อยละ 55</td> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 65</td> <td>ร้อยละ 70</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองและจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ 2. เพื่อส่งเสริมให้สังคม ชุมชน ครอบครัว และผู้สูงอายุ มีความตระหนัก เห็นคุณค่า และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและชุมชน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตที่ยืนยาว 3. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเชิงป้องกัน (Preventive Long Term Care) ด้วยแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)														

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ - รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน) - กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 ประเด็น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566

เกณฑ์การประเมินปี 2566:
ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - มีทะเบียนผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุที่มีผ่านการคัดกรองมีการบันทึกข้อมูลเข้าระบบรายงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุที่มี ADL ≥ 12 ได้รับการประเมินความเสี่ยง 6 ประเด็นและพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) - มีแผนงาน/โครงการเพื่อดำเนินการในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ ร้อยละ 71 – 80 - มีการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพพรายด้านที่ไม่พึงประสงค์ - ผู้สูงอายุมีการประเมินความเสี่ยง 6 ประเด็น และพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) ร้อยละ 50 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ ร้อยละ 81-90 - ผู้สูงอายุมีการประเมินความเสี่ยง 6 ประเด็น และพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็นได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) > ร้อยละ 60 - มี Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ > ร้อยละ 90 - ผู้สูงอายุมีการประเมินความเสี่ยง 6 ประเด็น และพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น ได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) > ร้อยละ 60 - มีนวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ

วิธีการประเมินผล	<p>1) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ</p> <p>2) รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (3, 6, 9, 12 เดือน)</p>																		
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) - คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ - คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ) 																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 15%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 45%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 15%;">2563</th> <th style="width: 15%;">2564</th> <th style="width: 15%;">2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</td> <td style="text-align: left;">ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">ตัวชี้วัดใหม่</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ	-	-	-	ตัวชี้วัดใหม่				
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565															
ผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ	-	-	-															
ตัวชี้วัดใหม่																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>																		
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>																		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>																		
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	<p>ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวยูโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548</p>																		

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	Care Plan										
ด้าน	โครงการพิเศษ										
ตัวชี้วัดที่ 63	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan										
คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน 3) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน 4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว 5) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์ 6) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง 7) การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 7.1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ 9 เดือนและ 12 เดือน 7.2) การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) 7.3) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 95</td> <td>ร้อยละ 96</td> <td>ร้อยละ 97</td> <td>ร้อยละ 98</td> <td>ร้อยละ 99</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 99							
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1) เพื่อให้ Care Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแลส่งเสริม พื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับ การดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน 2) เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดูแล และปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และช่วยเหลือตัวเองได้ 										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 										

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อ คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล - Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย - กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. Blue Book Application 2. โปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย 3. ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 4. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข 5. ระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการกองทุน LTC
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนตุลาคม 2565 – เดือนกันยายน 2566

เกณฑ์การประเมินปี 2566:
ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน - มีทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการลงทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในโปรแกรม 3C - มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) แบบ manual (กรณีไม่มี รพ.สต.ที่ยังไม่มี Care Manager) 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ≥ ร้อยละ 81-90 และจำแนกเป็นประเภท ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง - จัดทำ Care Plan ร้อยละ 95 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 91-95 และจำแนกเป็นประเภท ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง - มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) > ร้อยละ 95 - มี Best Practice 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและคัดกรองสุขภาพ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ≥ ร้อยละ 95 และจำแนกเป็นประเภท ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง - ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ 100 - มีนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการประเมินผล	<p>1) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน</p> <p>2) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) และผ่านการอนุมัติจาก คณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>3) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น</p>													
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C) - คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ) 													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 40%;">Baseline data</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" style="width: 49%;">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th style="width: 16.33%;">2563</th> <th style="width: 16.33%;">2564</th> <th style="width: 16.33%;">2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan</td> <td>ร้อยละ</td> <td>94.21</td> <td>92.20</td> <td>93.68</td> </tr> </tbody> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan	ร้อยละ	94.21	92.20	93.68
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		2563	2564	2565										
ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม care plan	ร้อยละ	94.21	92.20	93.68										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>													
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	<p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส</p>													
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	<p>นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com</p>													
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	<p>ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวยูโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548</p>													

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	ชมรมผู้สูงอายุ														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 64	จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ														
คำนิยาม	<p>1. ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปทั้งชายและหญิง โดยในชมรมสามารถมีผู้ที่มีอายุระหว่าง 25 – 59 ปี ได้ไม่เกิน 1 ใน 4 ของสมาชิกที่มีอายุเกิน 60 ปี ขึ้นไป โดยมีการดำเนินกิจกรรมของชมรมโดยผู้สูงอายุเป็นสมาชิก เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุนั้นๆ และเพื่อสังคมโดยรวม</p> <p>2. ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิตใจ แก่สมาชิกในชมรม ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมสร้างความสุข กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมทันตสุขภาพ กิจกรรมด้านโภชนาการ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมมีสุขภาพที่แข็งแรง และลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง</p> <p>3. เกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1) การบริหารจัดการ 20 คะแนน 3.2) กองทุนชมรมผู้สูงอายุ 10 คะแนน 3.3) กิจกรรม 4 มิติ สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม เศรษฐกิจ 60 คะแนน 3.4) นวัตกรรมและการประยุกต์ใช้นวัตกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชมรม 10 คะแนน <ul style="list-style-type: none"> - ผลการประเมินชมรม คะแนน 91 – 100 ระดับดีเด่น - ผลการประเมินชมรม คะแนน 81 – 90 ระดับดีมาก - ผลการประเมินชมรม คะแนน 71 – 80 ระดับดี - ผลการประเมินชมรม คะแนน 51 – 70 ระดับพอใช้ <p>พิจารณาจากจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 66</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 67</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 68</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 69</th> <th style="width: 20%;">ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 ชมรม/ตำบล</td> <td>ระดับดี 1 ชมรม/ตำบล</td> <td>ระดับดีมาก 1 ชมรม/ตำบล</td> <td>ระดับดีเด่น 1 ชมรม/อำเภอ</td> <td>ชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ 1 ชมรม/จังหวัด</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	1 ชมรม/ตำบล	ระดับดี 1 ชมรม/ตำบล	ระดับดีมาก 1 ชมรม/ตำบล	ระดับดีเด่น 1 ชมรม/อำเภอ	ชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ 1 ชมรม/จังหวัด
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
1 ชมรม/ตำบล	ระดับดี 1 ชมรม/ตำบล	ระดับดีมาก 1 ชมรม/ตำบล	ระดับดีเด่น 1 ชมรม/อำเภอ	ชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ 1 ชมรม/จังหวัด											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ วิเคราะห์ ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถดูแลตนเองได้ ชะลอความเสื่อมของร่างกาย และป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 2. ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) 														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	พิจารณาจากจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง														
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) 2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ 3. ศูนย์อนามัยที่ 1 - 12 และสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง 4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 														
รายการข้อมูล 1	ชมรมผู้สูงอายุประเมินชมรมผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ โดยพิจารณาจากจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง														

รายการข้อมูล 2	-																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-																
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566																
เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
<p>1.สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุมีที่ตั้งชัดเจน - ชมรมมีสมาชิกตั้งแต่ 30 คนขึ้นไป ชมรมมีระเบียบหรือกติกา <p>การดำเนินงานของชมรมอย่างชัดเจน</p> <p>2.ชมรมผู้สูงอายุมีการลงทะเบียนผ่านช่องทางออนไลน์</p>	<p>1.ส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการชมรมอย่างเข้มแข็ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการที่มาจาก การเลือกตั้งจากสมาชิก และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน - แผนผังคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ <p>2.ชมรมผู้สูงอายุมีการลงทะเบียนชมรม และประเมินตนเองผ่านระบบออนไลน์</p>	<p>1.ผลักดันให้มีแผนงาน การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุด้านต่างๆ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงานการขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ - สมาชิกชมรมได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ <p>2.ชมรมผู้สูงอายุมีการประเมินชมรม และผ่านเกณฑ์ระดับ 51 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อย 1 ชมรม/ตำบล</p>	<p>1.สนับสนุนการดูแลสุขภาพชมรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกชมรมได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) - สมาชิกกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - สมาชิกกลุ่มป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาล <p>2.ชมรมผู้สูงอายุมีการประเมินชมรม และผ่านเกณฑ์ระดับ 71 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 50 ของตำบล และเป็นชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ อย่างน้อย 1 ชมรม</p>	<p>1. ผลักดันให้เป็นชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจดทะเบียนเป็นชมรมผู้สูงอายุกับหน่วยงานของรัฐ - เป็นชมรมต้นแบบด้านสุขภาพ ได้รับรางวัลรับรองตั้งแต่ระดับจังหวัดขึ้นไป - เป็นแหล่งศึกษาดูงาน ศูนย์การเรียนรู้ให้กับชมรมและกลุ่มอื่นๆ <p>2.ชมรมผู้สูงอายุมีนวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ</p>													
วิธีการประเมินผล	พิจารณาจากจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ 51 คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง																
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ - คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ - คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ) 																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ</td> <td>จำนวน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>161</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ	จำนวน	-	-	161
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ	จำนวน	-	-	161													

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวยามีละ มุขอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com
หน่วยงาน ประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวยามีละ มุขอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ทันตแพทย์หญิงโนรีด้า แวญโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548

กลุ่ม	PA จังหวัด														
ประเด็น	ชราวิลาสสะดวก														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 65	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานชราวิลาส สะดวก														
คำนิยาม	<p>การดำเนินงานชราวิลาส สะดวก หมายถึง การจัดการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ที่มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Compressive Geriatric Assessment; CGA) และให้การดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ รวมทั้งการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจน ทันต่อสถานการณ์และไร้รอยต่อ (Seamless) และรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชนการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการจัดการบริการได้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ (CGA) การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูลการประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางด้านของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน การดำเนินงาน สถานบริการแต่ละระดับจะมีการบูรณาการ (Integration) การจัดการบริการเข้ากับงานประจำที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ</p> <p>นอกจากนี้การจัดการบริการสามารถที่จะบริการทั้งเชิงรุก เช่น การจัดการบริการตรวจสุขภาพประจำปีในผู้สูงอายุ การจัดการบริการ Mobile clinic ในชุมชน และเชิงรับ เช่น การทำ CGA การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ เป็นต้น ตลอดจนการส่งต่อข้อมูลและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ ทั้งกาย ใจ จิตสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> <td>ร้อยละ 100</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ได้รับการบริการแบบไร้รอยต่อและเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้กิจกรรมการคัดกรองภาวะ Geriatric syndrome 2. เพื่อส่งเสริมสถานบริการมีการจัดการบริการผู้สูงอายุแบบครบวงจร และให้การดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและผู้มีภาวะพึ่งพิง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การเยี่ยมติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด														
แหล่งข้อมูล	ผลการเยี่ยมติดตามการดำเนินงาน														
รายการข้อมูล 1	-														
รายการข้อมูล 2	-														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-														
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566														

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการจัดบริการตาม เกณฑ์มาตรฐานคลินิก ชราธิวาสสะดวก โดยอ้างอิง เกณฑ์มาตรฐาน กรมการแพทย์และ ศูนย์ราชการสะดวก	- มีคณะกรรมการ ดำเนินงานชราธิวาส สะดวกที่เป็นสหสาขา วิชาชีพ - เปิดบริการร่วมกับคลินิก อื่นๆ มีพยาบาลที่ดูแล คลินิกนั้นๆ จัดบริการ ส่งเสริมป้องกัน คัดกรอง ครบถ้วน หรือเพิ่มเติม 9 ด้าน ควบคุมงานรักษา และส่งต่อข้อมูล แก่ ผู้รับผิดชอบคลินิก ชราธิวาส อย่างเป็น องค์รวม one stop service - มีการอบรมทักษะต่างๆ เพื่อปรับปรุงการ ดำเนินงาน /พฤติกรรม บริการ	- มีการวิเคราะห์ข้อมูล สภาพปัญหาผู้สูงอายุที่มา รับบริการคลินิกชราธิวาส (ทุกระดับ) เป็นรายบุคคล อย่างรอบด้าน ที่พบจาก คลินิก แยกสรุปปัญหา ที่พบ - มีการส่งต่อเข้ารับ บริการสุขภาพ ที่ไร้รอยต่อ รวดเร็ว วัตถุประสงค์ - มีการส่งต่อข้อมูลสรุป ปัญหาที่พบแก่ผู้เกี่ยวข้อง ทุกระดับ - สถานบริการ ร้อยละ 100 มีการดำเนินงานตาม เกณฑ์มาตรฐาน ชราธิวาสสะดวก	- มีการวางแผนเตรียม ความพร้อมของระบบงาน และสถานที่เพื่อรองรับ ภาวะฉุกเฉิน - มีบริการ Telemedicine ร่วมแก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุม 5 บริการหรือ มากกว่า คือ 1. ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง 2. ผู้ป่วยติดบ้าน 3. ผู้ป่วยติดเตียง 4. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5. โรคความดันโลหิตสูง - มี Best Practice ในการ จัดบริการคลินิกชราธิวาส สะดวก	- มีการออกแบบ ระบบ บริการคลินิกชราธิวาส สะดวก ที่มีความโดดเด่น เป็นที่เทียบเคียงของ องค์กรอื่น และมี นวัตกรรมการจัดบริการ คลินิกชราธิวาส สะดวก													
วิธีการประเมินผล	ทำการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ และศูนย์ราชการสะดวก																
เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วย นอก 4. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>การดำเนินงานชราธิวาส สะดวก</td> <td>จำนวน</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>13</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	การดำเนินงานชราธิวาส สะดวก	จำนวน	-	-	13
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
การดำเนินงานชราธิวาส สะดวก	จำนวน	-	-	13													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวยามีละ มุขอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวญโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548

กลุ่ม	PA จังหวัด														
ประเด็น	ศูนย์สูงวัยชุมชน														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 66	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สูงวัยชุมชน														
คำนิยาม	ศูนย์สูงวัยชุมชน หมายถึง ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า และกินข้าวอร่อย ซึ่งมีการจัดศูนย์สูงวัยชุมชน มีนายอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และมีศูนย์ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและที่บ้าน ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้การเกิดการบูรณาการในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยชุมชน มีชมรมผู้สูงอายุเข้าร่วมขับเคลื่อนงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และมีกองทุนฟื้นฟูสนับสนุนทรัพยากรในดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> <tr> <td>13 ศูนย์</td> <td>13 ศูนย์</td> <td>13 ศูนย์</td> <td>13 ศูนย์</td> <td>13 ศูนย์</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	13 ศูนย์	13 ศูนย์	13 ศูนย์	13 ศูนย์	13 ศูนย์
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
13 ศูนย์	13 ศูนย์	13 ศูนย์	13 ศูนย์	13 ศูนย์											
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชีวิตผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ตำบล 2. เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม 														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - จากการรายงานผลการดำเนินงานของอำเภอ - ผลเยี่ยมประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด 														
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานผลการดำเนินงานของอำเภอ 2. ผลเยี่ยมประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัด 														
รายการข้อมูล 1	แบบรายงานผลการดำเนินงาน PA ของอำเภอ														
รายการข้อมูล 2	-														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-														
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 - เดือน กันยายน 2566														

เกณฑ์การประเมินปี 2566:

ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์สูงวัยชุมชน หรือ คณะกรรมการ พชอ.ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ - มีการประชุมคณะกรรมการฯ คัดเลือกประเด็นสำคัญ เพื่อวางแผนพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา - มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเป้าหมาย - มีคณะทำงานตามประเด็น และวางแผนแนวทางการขับเคลื่อน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดศูนย์สูงวัยชุมชน - ศูนย์ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและที่ - มีชมรมผู้สูงอายุเข้าร่วมขับเคลื่อนงานในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - มีกองทุนฟื้นฟูสนับสนุนทรัพยากรในดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีจัดศูนย์สูงวัยชุมชน ที่เป็นรูปธรรมอย่างน้อย 1 แห่ง - มีการเยี่ยมเสริมพลังติดตามงานอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการจัดทำโครงการสนับสนุนการจัดบริการและอุปกรณ์แก่ผู้สูงอายุที่ติดเตียง โดยใช้งบประมาณกองทุนตำบล หรือกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัด นราธิวาส - มีการสนับสนุนการให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชนและที่บ้าน รวมถึงการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุร่วมบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มผู้สูงอายุเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน - กลุ่มผู้สูงอายุได้รับอุปกรณ์ช่วยเหลือ - เป็นศูนย์สูงวัยชุมชนที่โดดเด่นเป็นต้นแบบได้ / หรือมีนวัตกรรม

วิธีการประเมินผล	รายงานผลการดำเนินงานของอำเภอ ผลนิเทศติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการระดับจังหวัด				
เอกสารสนับสนุน	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	การดำเนินงานศูนย์สูงวัยชุมชน	จำนวน	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com				
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ทันตแพทย์หญิงโนรีด้า แวญโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548				

กลุ่ม	นโยบาย สสจ.				
ประเด็น	คัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน				
ด้าน	โครงการพิเศษ				
ตัวชี้วัดที่ 67	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน				
คำนิยาม	การคัดกรอง 9 ด้าน หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรักษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (function ability) ชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วเกินไป การคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความคิดความจำ 2) ด้านการเคลื่อนไหวของร่างกาย 3) ด้านการขาดสารอาหาร 4) ด้านการมองเห็น 5) ด้านการได้ยิน 6) ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 7) ด้านการกลืนปัสสาวะ 8) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 9) ด้านสุขภาพช่องปาก				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	≥ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	1. เพื่อรักษาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (function ability) ชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วเกินไป 2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจากการคัดกรองความถดถอยได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) 3. เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผลการดำเนินงาน Application Blue Book, Smart อสม. (ผลการคัดกรองstep1 ผลการคัดกรองstep2 ผลการจัดทำ care plan ผลการให้ intervention) ภายหลังดำเนินงานแต่ละ step ผ่านโปรแกรมของสถานพยาบาล (โดย IT ของสถานพยาบาลต้องไปเพิ่มรหัส SPECIALPP ในโปรแกรมที่สถานพยาบาลใช้อยู่ เช่น HOSXP JHCIS ฯ ทั้ง รพ.สต. PCU และโรงพยาบาล) เพื่อส่งออกเป็นข้อมูล HDC ต่อไป				
แหล่งข้อมูล	1. ระบบรายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. Blue Book Application 3. โปรแกรม 3 หมอ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้านทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน = $(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม 2565 – เดือน กันยายน 2566				

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการลงทะเบียนข้อมูลผู้สูงอายุผ่านโปรแกรม Application Blue book/ 3 หมอ /HDC	- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน และประเมิน ADL แยกกลุ่มผู้สูงอายุ - มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองผ่าน Application Blue book/ 3 หมอ /HDC	- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 - ผู้สูงอายุพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้านได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) ร้อยละ 50 - มีแผนงาน/โครงการเพื่อดำเนินการในผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ - มีการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพรายด้านที่ไม่พึงประสงค์	- ผู้สูงอายุได้รับการ และคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ > ร้อยละ 90 - ผู้สูงอายุพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้านได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) > ร้อยละ 50 - มี Best Practice ด้านการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุ	- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้านของผู้สูงอายุ > ร้อยละ 90 - ผู้สูงอายุพบมีความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้านได้เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (wellness Plan) > ร้อยละ 50 - มีนวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุ													
วิธีการประเมินผล	1) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความถดถอย 9 ด้านในผู้สูงอายุ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายตัวชี้วัด 2) รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น																
เอกสารสนับสนุน	- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ - คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	ร้อยละ	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน	ร้อยละ	-	-	-													
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวยามีละ มุซอ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 081-5406163 E-mail : agingnara64@gmail.com																
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	ทันตแพทย์หญิงโนรีดำ แวยูโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548																

กลุ่ม	ตรวจราชการ										
ประเด็น	ฟันเทียม										
ด้าน	โครงการพิเศษ										
ตัวชี้วัดที่ 68	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม										
คำนิยาม	บริการฟันเทียม หมายถึง การให้บริการในผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปาก หรือสูญเสียฟันมากกว่า 16 ซี่ ในทุกสิทธิการรักษา										
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 66</td> <td>ปีงบประมาณ 67</td> <td>ปีงบประมาณ 68</td> <td>ปีงบประมาณ 69</td> <td>ปีงบประมาณ 70</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ100</td> <td>ร้อยละ100</td> <td>ร้อยละ100</td> <td>ร้อยละ100</td> <td>ร้อยละ100</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70							
ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100	ร้อยละ100							
วัตถุประสงค์	เพื่อแก้ปัญหาให้ผู้สูญเสียฟันทั้งปากให้ได้รับฟันเทียม ทำให้สามารถรับประทานอาหารได้ดีขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจที่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ ทุกสิทธิ์ตามเป้าหมายการจัดบริการใส่ฟันเทียมในหน่วยบริการภาครัฐ ปี 2566										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข										
แหล่งข้อมูล	จากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข										
รายการข้อมูล 1	จำนวนผู้ที่ได้รับการฟันเทียม จากรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการทันตกรรม -> ทันตกรรมบริการ รายงานที่ 11.5 (กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ ได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก) รายงานที่ 12.5 (กลุ่มผู้สูงอายุ ได้รับการบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปาก หรือเกือบทั้งปาก) โดยผลการดำเนินงานฟันเทียม เป็นผลรวมของรายงานที่ 11.5 และ รายงานที่ 12.5										
รายการข้อมูล 2	จำนวนเป้าฟันเทียมรายจังหวัด ปี งบประมาณ 2566 (จังหวัดนราธิวาส จำนวน 373 คน)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละการให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก รายงานข้อมูลที่ 1/รายงานข้อมูลที่ 2 x 100										
ระยะเวลาประเมินผล	เดือนตุลาคม 2565 – กรกฎาคม 2566										

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีการทบทวน สถานการณ์การมี ฟันใช้งานของผู้สูงอายุ - วิเคราะห์กระบวนการ การขับเคลื่อนการ ดำเนินงานปัญหา/ อุปสรรค เพื่อเป็นแนว ทางการทำงานใน ปีถัดไป	- มีแนวทางหรือแผนการ ดำเนินงานการจัดบริการ บริการทันตกรรม ทันตกรรมส่งเสริม ป้องกันในผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มการเข้าถึง บริการ และมีการ จัดทำแนวทางหรือ แผนการดำเนินงานต่อ ผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุ เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว มีระยะเวลารอคอย Waiting list ไม่เกิน 3 – 6 เดือน	- มีผลการปฏิบัติงาน ผู้ที่ได้รับบริการ ฟันเทียม ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย (1 :15)	- มีBest Practice ในการลด ระยะเวลารอคอย หรือเพิ่มการ เข้าถึงบริการฟันเทียมในผู้สูงอายุ - มีการ Follow up ติดตามอาการ หลังการใช้ฟันเทียมเป็นระยะๆ พัฒนาความรู้ทันตสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้อง - มีการจัดบริการคลินิก ทันตกรรมชราวิลาส เพิ่มความ สะดวกแก่ผู้สูงอายุ - มีการจัดบริการเชิงรุก Mobile คลินิกชราวิลาส - มีผลการปฏิบัติงานผู้ที่ได้รับ บริการฟันเทียม ร้อยละ 100	- มีนวัตกรรมด้านการ จัดการระบบการเข้าถึง บริการฟันเทียมใน ผู้สูงอายุ และ ผู้รับบริการพึงพอใจ													
วิธีการประเมินผล	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย																
เอกสารสนับสนุน	-																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับ บริการใส่ฟันเทียม</td> <td>ร้อยละ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับ บริการใส่ฟันเทียม	ร้อยละ	100	100	100
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับ บริการใส่ฟันเทียม	ร้อยละ	100	100	100													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางรุษลดา บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 โทรศัพท์ 086-0319603 E-mail : dental.narassj@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางรุษลดา บินอาแซ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 073-532058 โทรศัพท์ 086-0319603 E-mail : dental.narassj@gmail.com																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	ทันตแพทย์หญิงโนรีด้า แวญโซ๊ะ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญและผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส โทรศัพท์ 086-2879548																

กลุ่ม	ตรวจราชการ														
ประเด็น	การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด														
ด้าน	โครงการพิเศษ														
ตัวชี้วัดที่ 69	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)														
คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟู อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย 1 ปี</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ 66</th> <th>ปีงบประมาณ 67</th> <th>ปีงบประมาณ 68</th> <th>ปีงบประมาณ 69</th> <th>ปีงบประมาณ 70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ 60</td> <td>ร้อยละ 62</td> <td>ร้อยละ 64</td> <td>ร้อยละ 66</td> <td>ร้อยละ 68</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68
ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70											
ร้อยละ 60	ร้อยละ 62	ร้อยละ 64	ร้อยละ 66	ร้อยละ 68											
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.113 , ม.114) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงาน ผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข														
รายการข้อมูล 1	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วยตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู														
รายการข้อมูล 2	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษาหรือบำบัดโดย Methadone														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน														

เกณฑ์การประเมินปี 2566: ตุลาคม 2565 - กันยายน 2566																	
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน													
- มีคำสั่งคณะกรรมการ และมีการวิเคราะห์/ ทบทวนข้อมูล - มีทะเบียนผู้ป่วย ยาเสพติด และมีการ บันทึกข้อมูลในระบบ บสต. ให้เป็นปัจจุบัน	- มีแผนงานโครงการ แก้ไขปัญหายาเสพติด และติดตามผู้ป่วยเข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษา อย่างต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับการ ดูแลอย่างมีคุณภาพ อย่างต่อเนื่องจนถึงการ ติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 60	มีอัตรา Retention Rate ร้อยละ 65 และมี Best Practice	- มีอัตรา Retention Rate ร้อยละ 70 และมีนวัตกรรม													
วิธีการประเมินผล	สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูล บำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดย สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการบำบัดรักษาและ ฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข																
เอกสารสนับสนุน	-																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐานของ จังหวัดนราธิวาส	<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>2563</th> <th>2564</th> <th>2565</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการ ติดตาม(Retention Rate)</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>83.98</td> <td>67.79</td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2563	2564	2565	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการ ติดตาม(Retention Rate)	ร้อยละ	-	83.98	67.79
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2563	2564	2565													
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการ ติดตาม(Retention Rate)	ร้อยละ	-	83.98	67.79													
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์ 086-2889906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com																
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส																
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางสาวอิตีซาน กะจิ โทรศัพท์ 086-2889906 E-mail : lbteesan9906@gmail.com																
ผู้กำกับดูแล ตัวชี้วัด	นางอภิญญา ก้อเต็ม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) โทรศัพท์ 089- 6562924																