



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
Songkhla Provincial Public Health Office

ตัวชี้วัด



การประเมินผลสัมฤทธิ์ การปฏิบัติราชการ

ปีงบประมาณ

๒๕๖๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

สารบัญ

	หน้า
บัญชีตัวชีวิตสำคัญในการประเมินผลสัมฤทธิ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	(๑)
บัญชีตัวชีวิตที่อำเภอเลือก ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	--๑--
PA จังหวัด	
(๑) ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	๑
(๒) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	๔
(๓) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๘
(๔) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	๑๑
(๕) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๑๗
(๖) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๒๐
(๗) จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๓
(๘) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(๒๐-๒๖) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	๒๖
(๙) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	๒๘
(๑๐) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	๓๓
(๑๑) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๖
(๑๒) ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓๘
(๑๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๔๐
(๑๔) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	๔๒
(๑๕) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๔๕
(๑๖) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	๔๗
(๑๗) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน	๔๙
(๑๘) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์	๕๑

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

PA จังหวัด (ต่อ)

- (๑๙) ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบ
บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ ๕๔
- (๒๐) จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕๗
- (๒๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ๖๐

PA โชนเฟืองฟ้า

- (๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ๖๓
- (๒) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ๖๖
- (๓) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแล
รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๗๐
- (๔) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๗๒
- (๕) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๗๕

PA โชนกระดังอ

- (๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา ๗๘
- (๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ๘๐
- (๓) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี ๘๓
- (๔) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ๘๖
- (๕) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ๘๙
- (๖) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๙๓

PA โชนชบาแดง

- (๑) จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ
ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๙๖
- (๒) ร้อยละของประชาชน มีหมอประจำตัว ๓ คน ๙๙
- (๓) ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน ๖๐ นาที ตั้งแต่มีอาการ(ตั้งแต่เจ็บหน้าอก ถึง ER รพ.) ๑๐๒

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

PA โชนลีลาวดี

- | | |
|--|-----|
| (๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) | ๑๐๔ |
| (๒) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan | ๑๐๗ |
| (๓) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ | ๑๑๑ |
| (๔) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | ๑๑๓ |
| (๕) ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่งกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายใน ๓ เดือน | ๑๑๕ |
| (๖) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ได้รับการรักษาภายใน ๑ เดือน | ๑๑๗ |

PA องค์กร

- | | |
|--|-----|
| (๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) | ๑๒๐ |
| (๒) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ๑๒๕ |
| (๓) ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน | ๑๒๙ |
| (๔) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) | ๑๓๑ |

PA (ผอ.รพ.)(สสอ.)

- | | |
|---|-----|
| (๑) ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารงบค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม) | ๑๓๔ |
| (๒) ระดับความสำเร็จการบริหารงบลงทุนเงินงบประมาณ | ๑๓๗ |
| (๓) ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ๑๔๐ |
| (๔) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan | ๑๔๔ |
| (๕) ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ | ๑๔๘ |

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
PA ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย	
(๑) ร้อยละของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	๑๕๑
(๒) ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารงบประมาณบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะ งบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	๑๕๔
(๓) ระดับความสำเร็จการบริหารงบประมาณเงินงบประมาณ	๑๕๗
(๔) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณและก่อนนี้ผูกพันภาพรวมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสงขลา	๑๖๐
PA อำเภอ	
(๑) ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๖๒
(๒) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการ ดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๖๖
(๓) ร้อยละของประชาชน มีหมอมประจำตัว ๓ คน	๑๖๙
(๔) ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	๑๗๒
(๕) อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	๑๗๗
(๖) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	๑๘๐
(๗) ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๘๒

บัญชีตัวชี้วัดจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
จังหวัด	๑	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
จังหวัด	๒	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
จังหวัด	๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
จังหวัด	๔	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๕	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๖	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๗	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
จังหวัด	๘	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๙	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
จังหวัด	๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๑	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๒	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๔	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๕	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

บัญชีตัวชี้วัดจังหวัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
จังหวัด	๑๖	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๗	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
จังหวัด	๑๘	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
จังหวัด	๑๙	ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
จังหวัด	๒๐	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
จังหวัด	๒๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

บัญชีตัวชี้วัดโซน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
โซนเฟื่องฟ้า	๑	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๔	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๕	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
โซนกระดิงา	๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๔	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๕	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๖	ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โซนชบาแดง	๑	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
	๒	ร้อยละของประชาชน มีหมอบริการประจำตัว ๓ คน	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
	๓	ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน ๖๐ นาที ตั้งแต่มีอาการ (ตั้งแต่เจ็บหน้าอก ถึง ER รพ.)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

(๔)

บัญชีตัวชี้วัดโซน ปิงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
โซนสีลาวดี	๑	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๔	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๕	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายใน ๓ เดือน	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๖	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ได้รับการรักษาภายใน ๑ เดือน	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

บัญชีตัวชี้วัดองค์กร ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
องค์กร	๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ
	๒	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	กลุ่มกฎหมาย
	๓	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๔	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ตัวชี้วัดบุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
(ผอ.รพ.) (สสอ.)	๑	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๒	ระดับความสำเร็จการบริหารงบลงทุนเงินงบประมาณ	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๓	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	กลุ่มกฎหมาย
	๔	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๕	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
ผู้บริหาร/หัวหน้า กลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา	๑	ร้อยละของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	๒	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๓	ระดับความสำเร็จการบริหารงบลงทุนเงินงบประมาณ	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๔	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณและก่อนนี้ผู้กพันภาพรวมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตัวชี้วัดบุคคล ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

PA	ลำดับที่	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน/ฝ่าย ที่รับผิดชอบ
อำเภอ	๑	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๓	ร้อยละของประชาชน มีหมอบประจำตัว ๓ คน	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
	๔	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
	๕	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๖	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
	๗	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดอำเภอ ปิงบประมาณ ๒๕๖๖

ลำดับที่	คปสอ.	ตัวชี้วัด
๑	รัตภูมิ	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๒	ควนเนียง	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
๓	บางกล่ำ	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๔	เมืองสงขลา	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๕	เทพา	ร้อยละของประชาชน มีหมอประจำตัว ๓ คน
๖	สะบ้าย้อย	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๗	นาทวี	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๘	จะนะ	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๙	สิงหนคร	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน
๑๐	ระโนด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๑๑	กระแสสินธุ์	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๑๒	สติงพระ	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๑๓	หาดใหญ่	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๑๔	คลองหอยโข่ง	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๑๕	นาหม่อม	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
๑๖	สะเดา	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย				
คำนิยาม	<p>เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p>พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑ B๒๖๐)</p> <p>คำนิยามเพิ่มเติม</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กไทย อายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type ๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบทั้ง ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อ- แม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑ B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑ B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑ B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการ ครั้งที่ ๒</p> <p>เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type ๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม				



	๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ ๓.ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงาน และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้ว ผลการคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก a = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้ว ผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑ B๒๖๐)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่ กำหนด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A๙+ a๙)+(A๑๘+ a๑๘)+(A๓๐+ a๓๐)+(A๔๒+ a๔๒)+(A๖๐+ a๖๐) \times 100}{B}$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	ไตรมาส ๑,๒,๓,และ ๔
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางหนึ่งฤทัย ลุนหวิทยานนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗ ๒๙๙ ๒๙๒๔



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของเด็ก ปฐมวัยมีพัฒนาการ สมวัย	๘๖	๘๕	๘๕	๘๕	รอบ ๖ เดือน	≤๗๖	๗๖-	๘๑-	๘๖-	≥๙๑
					๘๖		๘๐	๘๕	๙๐	
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๗๖	๗๖-	๘๑-	๘๖-	≥๙๑
					๘๖		๘๐	๘๕	๙๐	



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>๑) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>๓) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>๔) ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>๕) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager / Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>๖) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๗) การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <p>๗.๑) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกรายรอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน</p> <p>๗.๒) การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุกระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)</p> <p>๗.๓) การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</p>



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</p> <p>Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>Blue Book Application</p> <p>โปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย</p> <p>ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC				
รายการข้อมูล ๓	-				



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan = (A / B) x ๑๐๐
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นະมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	-	-	๙๓.๕	รอบ ๖ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕					



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป มีทั้งหมด ๒๑๑ โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗				



หน่วยงาน รับผิดชอบรายงาน ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางสาววิญญา นະมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ๓๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤ ๑๖	๑๖- ๑๙.๙๙	๒๐- ๒๕.๙๙	๒๖- ๒๙.๙๙	≥ ๓๐
					รอบ ๑๒ เดือน	≤ ๑๖	๑๖- ๑๙.๙๙	๒๐- ๒๕.๙๙	๒๖- ๒๙.๙๙	≥ ๓๐



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)
คำนิยาม	<p>ประกอบด้วย</p> <p>๑.ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Care System) หมายถึง ระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย ๔ ระบบหลักได้แก่ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาล (Hospital-Based Emergency Department) ระบบส่งต่อ (Referral System) และระบบการจัดการสาธารณสุขด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) ซึ่งทั้ง ๔ ระบบหลักต้องเชื่อมต่อกันเป็นห่วงโซ่เพื่อทำให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน</p> <p>๒.การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (Pre- Hospital care) หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนก่อนถึงโรงพยาบาลเพื่อจัดให้มีการบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่รวดเร็ว ทันเวลาและมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ</p> <p>๓.การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ โรงพยาบาล (In-Hospital care) หมายถึง กระบวนการดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เป็นการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วย</p> <p>๔.การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล (Inter-hospital Transportation) หมายถึง กระบวนการในการดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โรงพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่งให้การดูแลรักษาขั้นต้น และมีความจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินไปยังโรงพยาบาลมีศักยภาพที่สูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และมีความปลอดภัย</p> <p>๕.การบริหารจัดการภัยพิบัติ Disaster management หมายถึง การใช้กลไกกระบวนการ และองค์ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อจุดมุ่งหมายในประสิทธิผลและประสิทธิภาพของปฏิบัติการด้านภัยพิบัติ (การป้องกัน การลดผลกระทบ การเตรียมพร้อม การเผชิญเหตุ)</p> <p>๖.ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Emergency Medical Team) หมายถึง ทีม บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยที่ได้รับ ผลกระทบการเหตุฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ</p> <p>๗.ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) หมายถึง เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทาง ถนนที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลและรับส่งผู้ป่วย สำหรับเฝ้าระวังปัญหาการบาดเจ็บทางถนนของจังหวัด</p> <p>๘.ค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) หมายถึง การพิจารณาข้อมูลของผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนทุกราย ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล และแยกผู้บาดเจ็บออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) ค่า Ps น้อย</p>



คำนิยาม (ต่อ)

กว่า ๐.๒๕ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ (non preventable death) ๒) ค่า Ps ๐.๒๕ ถึง ๐.๕๐ เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มป้องกันการเสียชีวิตได้ (potentially preventable death) ๓) ค่า Ps มากกว่า ๐.๕๐ เป็นกลุ่มที่ป้องกันการเสียชีวิตได้ (preventable death)

๙. คู่มือมาตรฐานรพพยาบาล หมายถึง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยของ รพพยาบาลฉุกเฉิน ประกอบด้วย มาตรฐานโครงสร้างรพพยาบาล แนวปฏิบัติเพื่อ การ ขับขี่รพพยาบาลปลอดภัย แนวทางเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรการแพทย์ ขณะ ปฏิบัติงานบนรพพยาบาล แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความ ปลอดภัย บนรพพยาบาล และแนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุ ของ รพพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๐. ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident command System : ICS) สำหรับ รongรับทุกภัย (All Hazards) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการที่ใช้เพื่อการบังคับ บัญชาการ สั่งการ ควบคุม และประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานใน สถานการณ์เฉพาะ โดยอาศัยระบบบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ และทรัพยากรที่ แม่นยำและรวดเร็ว

๑๑. สาธารณภัย หมายถึง สถานการณ์ สภาวการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่ เกิดขึ้น และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการ เจ็บป่วย หมายถึงถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีด ความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล

๑๒. ความเสี่ยงสาธารณภัย หมายถึง โอกาสหรือความเป็นไปได้ที่เหตุการณ์ใด เหตุการณ์ หนึ่งจะเกิดขึ้นและนำมาซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ในบริบทของสาธารณภัยจึง หมายความว่า ถึง“โอกาสหรือความเป็นไปได้ในการได้รับผลกระทบทางลบจากการเกิด สาธารณภัย โดยผลกระทบสามารถเกิดขึ้นกับชีวิต สุขภาพ การประกอบอาชีพ ทรัพย์สิน และ บริการต่าง ๆ ในระดับบุคคล ชุมชน สังคม หรือประเทศ

๑๓. การประเมินความเสี่ยงสาธารณภัย (Risk Assessment) หมายถึง เป็น กระบวนการ ที่ช่วยตรวจสอบระดับของความเสี่ยงที่ชุมชนหรือสังคมมีต่อสาธารณภัย โดยการ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในด้านที่เกี่ยวข้องกับภัย ความล่อแหลม และความเปราะบาง ที่จะ ก่อให้เกิดอันตรายต่อมนุษย์ทรัพย์สิน การบริการ การดำรงชีพ และสิ่งแวดล้อม

๑๔. แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) หมายถึง แผนจำเพาะต่อโรคและ ภัยสุขภาพ โดยเป็นแผนงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร โดยกำหนดขั้นตอน และวิธีการ ดำเนินการที่ชัดเจน เพื่อรองรับหรือเรียกคืนการดำเนินงานให้กลับสู่ภาวะ ปกติ เป็น การสร้างความมั่นใจว่าการปฏิบัติงานปกติสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

๑๕. การฝึกซ้อมแผน หมายถึง ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของ โรค และภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ ภัย

เกณฑ์เป้าหมาย	คะแนนเต็ม	ความสำเร็จ		
		ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
	๑๒	ปานกลาง	ดี	ดีมาก
		๑ - ๔	๕-๘	๙-๑๒



ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป					
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ตอบแบบประเมินตนเอง					
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐						
ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	คะแนน	เป้าหมายดำเนินการ			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน						
๑	มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด	๑	/			
๒	จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด	๑		/		
๓	มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	๑			/	
๔	สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)	๑				/
๕	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งพัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้	๑	/			
๖	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า ๐.๕ มา review death case	๑			/	
๗	สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)	๑				/
๘	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรพทพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด	๑		/		
คะแนนรวม		๘	๒	๒	๒	๒
ระดับความสำเร็จการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข						
๙	มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ ๓ ลำดับแรก และสาธารณสุขภัยที่สำคัญ ๓ ลำดับแรกของจังหวัด	๑	/			
๑๐	มีโครงสร้าง KCS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC รองรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด	๑		/		
๑๑	ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุขภัย ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด	๑			/	
๑๒	ดำเนินการข้อมั่นแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๑ ภัยต่อปี	๑				/
คะแนนรวม		๔	๑	๑	๑	๑
คะแนนเต็ม		๑๒	๓	๓	๓	๓



ระดับ	รายละเอียดการดำเนินการ	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล												
1.	การปฏิบัติการฉุกเฉินก่อนสถานพยาบาล (Pre-Hospital) การพัฒนาระบบความปลอดภัยทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข													
	<p>1.1 มีคำสั่งศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด</p> <p>1.2 จัดทำแผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) ที่สอดคล้องกับแผนบูรณาการความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด</p> <p>1.3 มีกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)</p> <p>1.4 สรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)</p>	<p>1.1 คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนแผนความปลอดภัยทางถนนระดับจังหวัด (ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน)</p> <p>1.2 แผนงานตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)</p> <p>1.3 รายงานกระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด อาทิ คำสั่งคณะทำงาน การกำหนดตัวชี้วัด การนิเทศงาน การเยี่ยมแรมหลัง การกำกับติดตามประเมินผล เป็นต้น</p> <p>1.4 รายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนตอบสนองหลังการเกิดอุบัติเหตุระดับจังหวัด (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข)</p>												
2.	การปฏิบัติการฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาล (In-Hospital Emergency) พัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance) ระดับจังหวัด													
	<p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้ง/พัฒนาระบบ และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance) ได้</p> <p>2.2 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการนำข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต Ps มากกว่า 0.5 มา review death case</p> <p>2.3 สรุปผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)</p>	<p>2.1 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รายงานข้อมูล และส่งข้อมูลเข้ามายังระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>66</th> <th>67</th> <th>68</th> <th>69</th> <th>70</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>2.2 มีรายงานติดตามทบทวนข้อมูลผู้เสียชีวิตที่มีค่าคะแนนของโอกาสรอดชีวิต (Probability of survival) มากกว่า 0.5</p> <p>2.3 สรุปรายงานผลการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (IS : Injury Surveillance)</p>	ปี	66	67	68	69	70	ร้อยละ	100	100	100	100	100
ปี	66	67	68	69	70									
ร้อยละ	100	100	100	100	100									
3.	การปฏิบัติการฉุกเฉินระหว่างสถานพยาบาล (Inter-hospital Transportation)													
	ประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย 5 หมวด	3.1 รายงานผลการประเมินการดำเนินการตามคู่มือมาตรฐานรถพยาบาล กระบวนการปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย หมายเหตุ :												



	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="518 230 981 584"> <p>ปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด</p> <p>๑) โครงสร้างรพชพทมาบ</p> <p>๒) แนวปฏิบัติเพื่อจัดการรับส่งรพชพทมาบปลอดภัย</p> <p>๓) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ขณะปฏิบัติงานรพชพทมาบ</p> <p>๔) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในรพชพทมาบ</p> <p>๕) แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพชพทมาบ</p> </td> <td data-bbox="981 230 1412 584"> <p>หมายเหตุ :</p> <p>ปี ๒๖ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ standard</p> <p>ปี ๒๗ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๒๘ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๒๙ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๓๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๓๐ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="518 584 981 1153"> <p>๔. การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster management)</p> <p>๔.๑ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ ๓ อันดับแรก และสาธารณสุขที่สำคัญ ๓ อันดับแรกของจังหวัด</p> <p>๔.๒ มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC ของรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๓ ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข ๓ ภัยที่สำคัญจากภาวะวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๔ ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๓ ภัยต่อปี</p> </td> <td data-bbox="981 584 1412 1153"> <p>๔.๑ รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง</p> <p>๔.๒ โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC ของรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๓ แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข ๓ ภัยที่สำคัญจากภาวะวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๔ รายงานสรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๓ ภัย</p> </td> </tr> </table>	<p>ปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด</p> <p>๑) โครงสร้างรพชพทมาบ</p> <p>๒) แนวปฏิบัติเพื่อจัดการรับส่งรพชพทมาบปลอดภัย</p> <p>๓) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ขณะปฏิบัติงานรพชพทมาบ</p> <p>๔) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในรพชพทมาบ</p> <p>๕) แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพชพทมาบ</p>	<p>หมายเหตุ :</p> <p>ปี ๒๖ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ standard</p> <p>ปี ๒๗ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๒๘ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๒๙ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๓๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๓๐ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent</p>	<p>๔. การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster management)</p> <p>๔.๑ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ ๓ อันดับแรก และสาธารณสุขที่สำคัญ ๓ อันดับแรกของจังหวัด</p> <p>๔.๒ มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC ของรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๓ ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข ๓ ภัยที่สำคัญจากภาวะวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๔ ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๓ ภัยต่อปี</p>	<p>๔.๑ รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง</p> <p>๔.๒ โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC ของรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๓ แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข ๓ ภัยที่สำคัญจากภาวะวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๔ รายงานสรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๓ ภัย</p>
<p>ปฏิบัติงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัย ๕ หมวด</p> <p>๑) โครงสร้างรพชพทมาบ</p> <p>๒) แนวปฏิบัติเพื่อจัดการรับส่งรพชพทมาบปลอดภัย</p> <p>๓) แนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ขณะปฏิบัติงานรพชพทมาบ</p> <p>๔) แนวทางการพัฒนาเครือข่ายเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยในรพชพทมาบ</p> <p>๕) แนวทางการสอบสวนและตอบสนองหลังเกิดอุบัติเหตุของรพชพทมาบ</p>	<p>หมายเหตุ :</p> <p>ปี ๒๖ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ standard</p> <p>ปี ๒๗ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๒๘ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๑๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๒๙ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๓๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ good</p> <p>ปี ๓๐ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ ๕๐ ของจังหวัด มีผลการประเมินอยู่ในระดับ excellent</p>				
<p>๔. การบริหารจัดการภัยพิบัติ (Disaster management)</p> <p>๔.๑ มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด พร้อมทั้งจัดลำดับความเสี่ยงของโรคที่สำคัญ ๓ อันดับแรก และสาธารณสุขที่สำคัญ ๓ อันดับแรกของจังหวัด</p> <p>๔.๒ มีโครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC ของรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๓ ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข ๓ ภัยที่สำคัญจากภาวะวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๔ ดำเนินการซ้อมแผนตามการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๓ ภัยต่อปี</p>	<p>๔.๑ รายงานผลการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด ตามแบบฟอร์มกลาง</p> <p>๔.๒ โครงสร้าง ICS เพื่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยระบบ PHEOC ของรับ ๓ ภัยที่สำคัญจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๓ แผนปฏิบัติการ Hazard Specific Plan (HSP) และแผนประกอบกิจการรองรับโรคและสาธารณสุข ๓ ภัยที่สำคัญจากภาวะวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด</p> <p>๔.๔ รายงานสรุปซ้อมแผนของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญของจังหวัด อย่างน้อย ๓ ภัย</p>				
แหล่งข้อมูล	รายงานการดำเนินงาน				
แหล่งข้อมูล	การดำเนินการตามตัวชี้วัดครบทั้ง ๔ ระดับ (๑๒ ตัวชี้วัดย่อย) ตามเกณฑ์ การประเมิน และมีคะแนนผลสำเร็จอยู่ในระดับดีมาก				
รายการข้อมูล ๑	จำนวนตัวชี้วัดตามระดับความสำเร็จ				
รายการข้อมูล ๒	-				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>กลุ่มงานยุทธศาสตร์</p>				
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</p>				
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>๑.วรพจน์ รัสกิจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>๒.น.ส.อุดมรัตน์</p> <p>๓.กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ</p> <p>๔.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</p>				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ระดับความสำเร็จ ของการพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและ การจัดการภาวะ ฉุกเฉินด้าน การแพทย์และ สาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management)	ข้อ ๑-๑๒	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	-	-	ปาน กลาง ๑-๒ ข้อ	ดี ๓-๔ ข้อ	ดีมาก ๕-๖ ข้อ
					รอบ ๑๒ เดือน	-	-	ปาน กลาง ๑-๔ ข้อ	ดี ๕-๘ ข้อ	ดีมาก ๙-๑๒ ข้อ



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	<p>๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๒ วิธี ดังนี้</p> <p>(๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอนส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (๒) ได้เลย</p> <p>๑.๒ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๙๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน ๑-๙๐ วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และ PERSON.DISCHARGE="๙" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลัง อดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการ สาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๙๐ วัน) ตาม แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจาร์ักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๗๐	-	-	๕๑.๙๒	รอบ ๖ เดือน ๔๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๘๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>๑. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๘๐ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๓
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และPERSON.DISCHARGE="๙" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC</p>
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตาม วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความ ดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัด ความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดัน โลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดัน โลหิตสูง ที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรค ความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจาร์ักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๙๓	-	-	๙๕.๕๖	รอบ ๖ เดือน ๗๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๙๕	๘๘	๙๑	๙๓	๙๕	>๙๕



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติกรฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการ ปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ โดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p>



	<p>(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน ทั้งนี้ ให้นิหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <p>๑. ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๒. คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย ๑ ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ร้อยละ ๖๐ จำนวน PCU/NPCU ๗๘ แห่ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก CUP และบันทึกการขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข Online
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๒	-
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวมลิสสา ฉิมอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๘ ๖๓๖๐ ๕๖๒๔ หรือ ๐ ๗๔๓๑ ๒๗๐๓



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๕๒%	๓๗.๒๑	๔๘.๐๖	๕๕.๐๔	รอบ ๖ เดือน (สะสม ๗๕ แห่ง ๕๘.๑๒ %)	๗๑ แห่ง	๗๒ แห่ง	๗๓ แห่ง	๗๔ แห่ง	๗๕ แห่ง
					รอบ ๑๒ เดือน (สะสม ๗๘ แห่ง ๖๐.๔๗ %)	๗๔ แห่ง	๗๕ แห่ง	๗๖ แห่ง	๗๗ แห่ง	๗๘ แห่ง



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
คำนิยาม	การรักษาใน Stroke Unit : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1 ๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก ๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง ๒. ทีมสหวิชาชีพที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้นๆ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารักษาที่โรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๓				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑ - ๓				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางพรรณณี ประดิษฐาทรัพย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โทรศัพท์ ๐๖ ๒๙๐๙ ๑๗๓๘ E-mail : panneead.๑๕๓@gmail.com				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(๒๐-๒๔) ที่มีอาการไม่เกิน ๓๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	๗๑.๙๕	๗๓.๙๐	๗๓.๑๘	รอบ ๖ เดือนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
					รอบ ๑๒ เดือนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
คำนิยาม	<p>การบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้ รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึง ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ</p> <p>ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพรวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็ม ศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและ ให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙</p> <p>คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้อง กับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับ บาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมโอโรคมาวาตา และลมอุทธังคมาวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙</p> <p>การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๒. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ <ul style="list-style-type: none"> - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำ สมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การฝังเข็ม ๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณา ยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสม โคคลาน, ยาผสมเก้าวัลย์เปรียง, และยาสหสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘) <p>เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. แพทย์แผนปัจจุบัน



ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับ โรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: I๖๐
- เลือดออกในสมองใหญ่: I๖๑
- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: I๖๒
- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๓
- โรคอัมพาตเฉียบพลันไม่ระบุว่าเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๔
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๕
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: I๖๖
- โรคหลอดเลือดสมองอื่น: I๖๗
- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: I๖๘
- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: I๖๙

๒. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

- อัมพฤกษ์หรือ ลมอัมพฤกษ์: U๖๑.๐
- อัมพาตครึ่งซีก: U๖๑.๑๐
- อัมพาตครึ่งท่อนล่าง: U๖๑.๑๑
- อัมพาตทั้งตัว: U๖๑.๑๒
- อัมพาตเฉพาะแขน: U๖๑.๑๓
- อัมพาตเฉพาะขา: U๖๑.๑๔
- อัมพาตหน้า: U๖๑.๑๕
- อัมพาตชนิดอื่น ที่ระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๘
- อัมพาต ไม่ระบุรายละเอียด: U๖๑.๑๙

ควบคู่กับการให้หัตถการแผนไทย (๙๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) หรือการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพร รวบรวมที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๓. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน

ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U๗๘.๑๑๐
- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U๗๘.๑๑๑
- โรคตามมาจากรโรคหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U๗๘.๑๑๒
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U๗๘.๑๑๓
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง)โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U๗๘.๑๑๔
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบาว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะต้น (Bowel stroke): U๗๘.๑๑๕



	<p>- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะต้น (Visceral stroke): U๗๘.๑๑๖</p> <p>- อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U๗๘.๑๑๗</p> <p>ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้</p> <p>๙๙๙๑๘๐๑ Electro-acupuncture therapy</p> <p>๙๙๙๑๘๑๐ Single-handed needle insertion</p> <p>๙๐๒๑๘๐๑ Subcutaneous electro-needling</p> <p>๙๙๙๑๘๑๑ Double-handed needle insertion</p> <p>๙๐๓๑๘๐๑ Muscle electro-needling</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๖	ร้อยละ ๗
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แห่ง กระทรวงสาธารณสุข - Songkhla IS				
แหล่งข้อมูล	๔๓ แห่ง (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ ADMISSION/ DIAGNOSIS_IPD/ DRUG_IPD/ PROCEDURE_IPD/)				
รายการข้อมูล ๑	<p>A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ควบคู่กับ U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ และให้หัตถการ (๙๐๐-๙๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๙๘-๘๘)</p> <p>หรือส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑หรือ๔๒หรือได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัว มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ควบคู่กับ U๗๘.๑๑๐ ถึง U๗๘.๑๑๗ และให้หัตถการ แพทย์แผนจีน ๙๙๙๑๘๐๑ หรือ๙๙๙๑๘๑๐ หรือ๙๐๒๑๘๐๑ หรือ๙๙๙๑๘๑๑ หรือ๙๐๓๑๘๐๑ อย่างใดอย่างหนึ่ง ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวง สาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก</p>				
รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ในเขตที่รับผิดชอบ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก</p>				
รายการข้อมูล ๓	-				



สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	โรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หน่วยงาน รับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางสร้อยทิพย์ สุขสมานวงศ์ เกษัชกรชำนาญการ



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	ร้อยละ ๓	-	-	-	รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๒.๕	<๑	๑	๑.๕	๒	๒.๕
					รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๓	<๑.๕	๑.๕	๒	๒.๕	๓



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	รอยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM ๕ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD-๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๓	≥ ร้อยละ ๘๖	≥ ร้อยละ ๘๙	≥ ร้อยละ ๘๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดของประเทศไทย ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM ๕ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD-๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๒ จนถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามูลฐานของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี ๒๕๕๑ โดยกรมสุขภาพจิต				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ				
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ				



<p>ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ</p>	<p>นางสาวอัญชลิกา จุลสวัสดิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖ ๓๘๔๑ ๘๒๒๒ โทรศัพท์ : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : anchalikajul@gmail.com</p> <p>นางกมลทิพย์ สงวนรัมย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๕-๓๕๒๕๓๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๖๙๕๓๖๙๔ โทรศัพท์ : ๐๔๕-๓๕๒๕๑๔ E-mail : info@thaidepression.com</p>
--	--



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของ ผู้ป่วยโรค ซีมีตรา เข้าถึงบริการ สุขภาพจิต	๘๐	๗๕.๖๔	๘๖.๗๘	๙๕.๕๒	รอบ ๖ เดือน	<๒๔	๒๕- ๒๙	๓๐- ๓๔	๓๕- ๓๙	>๔๐
					รอบ ๑๒ เดือน					



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) การรักษานผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล หรือ
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ – I๒๑.๓ ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลสงขลา, โรงพยาบาลหาดใหญ่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นพ.นัชชา ทัดตานนท์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๔๖๒๑๕๙๑ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : cmp.ntcha@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ ๖๐	๒๒	๒๑	๒๐	รอบ ๖ เดือน ๔๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
รายการข้อมูล ๑	จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลสงขลา, โรงพยาบาลหาดใหญ่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นพ.นัชชา ทัดตานนท์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๔๖๒๑๕๙๑ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : cmp.ntcha@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่า ร้อยละ ๖๐	๒๒	๒๑	๒๐	รอบ ๖ เดือน ๔๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
คำนิยาม	๑) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี					
เกณฑ์เป้าหมาย	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ทั้งหมด ๒. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C)					
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)					
รายการข้อมูล ๑	$A_{(C)}$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
รายการข้อมูล ๒	$B_{(C)}$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ทั้งหมด					
รายการข้อมูล ๓	-					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = $(A_{(C)} / B_{(C)}) \times 100$					
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานนิเทศระบบการแพทย์ สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๒๕๕๐ ๖๓๕๙ โทรสาร : ๐๒ ๙๖๕ ๙๘๕๑ E-mail : supervision.dms@gmail.com					
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด					
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นพ.นัชชา ทัดตานนท์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๔๖๒๑๕๙๑ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : cmp.ntcha@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com					



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วยที่ ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	> ๖๐	๒๒	๒๑	๒๕.๐	รอบ ๖ เดือน	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
				๙	รอบ ๑๒ เดือน					



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy				
คำนิยาม	<p>๑) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๖๐ ปี) ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ ๑๖ และหรือ ๑๘ หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการส่องกล้อง (Colposcopy) ● ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่น ๆ เช่น ๓๑, ๓๓, ๓๙, ๔๕, ๕๑, ๕๒, ๕๖, ๕๘, ๕๙, ๖๖ และ ๖๘ เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ \geq ASCUS จึงจะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติแนะนำให้ตรวจ Pap smear ซ้ำใน ๑ ปีที่โรงพยาบาล <p>๒) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกในระยะต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	\geq ร้อยละ ๗๐	\geq ร้อยละ ๗๐	\geq ร้อยละ ๗๐	\geq ร้อยละ ๗๐	\geq ร้อยละ ๗๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ทั้งหมด</p> <p>๒. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C)</p> <p>๓. จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (CP)</p> <p>*การบันทึกข้อมูล</p> <p>๑. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และโปรแกรม HPVcx5๒๐๒๐ ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพัฒนา</p>				
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)				
รายการข้อมูล ๑	$A_{(CP)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colposcopy				
รายการข้อมูล ๒	$B_{(CP)}$ = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ				
รายการข้อมูล ๓	-				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ที่มีผล ผิดปกติ (มะเร็งปาก มดลูก) ได้รับการส่ง กล้อง Colposcopy	๗๐	-	-	-	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๗๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๗๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้งในรอบ ๒ ปีงบประมาณ
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล ๑	$A_{(F)}$ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
รายการข้อมูล ๒	$B_{(F)}$ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A_{(F)} / B_{(F)}) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีศักยภาพทำหัตถการส่องกล้อง Colonoscopy
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง	≥๕๐	๕.๗๗	๓.๗๕	๓.๓๔	รอบ ๖ เดือน ๓๐	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๕๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
คำนิยาม	ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัดได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล ๑	$A_{(CL)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
รายการข้อมูล ๒	$B_{(CL)}$ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy $= (A_{(CL)} / B_{(CL)}) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ที่มีผล ผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ๕๐	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน ๒๕	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕
					รอบ ๑๒ เดือน ๕๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน				
คำนิยาม	ต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึงโรคตัดกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๔๐๐				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต่อกระจกจากโปรแกรม Vision๒๐๒ Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด ๒.การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต่อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision ๒๐๒๐ Thailand				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยต่อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	พรรณี ประดิษฐาทรัพย์ โทรศัพท์มือถือ ๐๖ ๒๙๐๙ ๑๗๓๘ E-mail : panneead.๑๕๓@gmail.com				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละผู้ป่วยต้อ กระจกชนิด บอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕	๘๓.๓๐	๘๖.๒๓	๘๕.๖๘	รอบ ๖ เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ ๘๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
					รอบ ๑๒ เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ ๘๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ทุกข์ทางกายการแพทย์
คำนิยาม	<p>จำนวน (คน) จำนวน (ครั้ง) ของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ทุกข์ทางกายการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนไทย มีการบันทึกข้อมูลรหัส ๒๕๑.๕ ควบคู่กับการจ่ายยาแก้ทุกข์ทางกายการแพทย์ แผนปัจจุบันหรือแผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุข (Hospital-based) (รายการยาแก้ทุกข์ทางกายการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย และรหัสมาตรฐานยาตามรายละเอียดแนบท้าย) เงื่อนไขการให้รหัส Z๕๑.๕ (Palliative care) แพทย์แผนปัจจุบันตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย กรมการแพทย์ (กันยายน ๒๕๖๓)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กลุ่มโรคมะเร็ง : C๐๐-C๙๗ (แนวทางการหน้า ๘๕-๑๐๗) ๒. กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) <ul style="list-style-type: none"> - หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) : ๑๖๐-๑๖๙ (แนวทางการหน้า ๑๑๓) - และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) : F๐๓ (แนวทางการหน้า ๑๑๘-๑๑๙) ๓. โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง : N๑๘.๕ (แนวทางการหน้า ๑๒๓ ๑๓๒) ๔. โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) : J๔๔ (แนวทางการหน้า ๑๕๓-๑๖๒) ๕. ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure): ๑๕๐ (แนวทางการหน้า ๑๓๕-๑๔๒) ๖. ผู้สูงอายุ (อายุ > ๖๐ ปี) ที่เจ็บป่วยใน ๔ กลุ่มโรคตามข้อ ๑-๔ และภาวะพึ่งพิง : R๕๔ เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางการหน้า ๒๒๕-๒๓๒) ๗. ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๔ ปี) ประคับประคองระยะท้าย (แนวทางการหน้า ๑๗๓-๑๗๗) <p>แพทย์แผนไทย โดยแพทย์แผนปัจจุบันเคยมีการวินิจฉัย Z๕๑.๕ มาก่อน รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยแบ่งออกเป็น ๖ กลุ่มรหัส ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.โรคของสตรี: U๕๐-U๕๒ ๒.โรคของเด็ก: U๕๔-U๕๕ ๓.โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U๕๖-U๖๐ ๔.โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U๖๑-U๗๒ ๕.โรคและอาการอื่น: U๗๔-U๗๕ ๖.การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U๗๗
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ในหน่วยบริการนั้น ที่ได้รับการรักษาด้วยยาแก้ทุกข์ทางกายการแพทย์ ร้อยละ ๕ (Hospital-based)



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ในหน่วยบริการนั้น ในสถานบริการสาธารณสุข (Hospital -based)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แพ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	๔๓ แพ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ DRUG_IPD)
รายการข้อมูล ๑	จำนวนผู้รับบริการ (คน) ที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) Z๕๑.๕ ในหน่วยบริการนั้น ในสถานบริการสาธารณสุข (Hospital -based)
รายการข้อมูล ๒	จำนวนครั้งของการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) Z๕๑.๕ ในหน่วยบริการนั้นในสถานบริการสาธารณสุข (Hospital-based)
รายการข้อมูล ๓	จำนวนผู้รับบริการ (คน) ที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) Z๕๑.๕ หรือการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๗ ควบคู่กับการจ่ายยาสมุนไพรทางการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนไทย ในหน่วยบริการนั้น ในสถานบริการสาธารณสุข (Hospital -based)
รายการข้อมูล ๔	จำนวนครั้งที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) Z๕๑.๕ หรือการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๗ ควบคู่กับการจ่ายยาสมุนไพรทางการแพทย์แผนปัจจุบันหรือแผนไทย ในหน่วยบริการนั้น ในสถานบริการสาธารณสุข (Hospital -based)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑.(A๑/B๑) x ๑๐๐ ๒.(A๒/B๒) x ๑๐๐
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสร้อยทิพย์ สุขสมานวงศ์ เกษัชกรชำนาญการ



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วย ยาแก้ปวดทาง การแพทย์	๕	-	-	๑.๖๑	รอบ ๖ เดือน ๒	< ๐.๕	๐.๕	< ๑	๑	๒
					รอบ ๑๒ เดือน ๕	< ๐.๕	๐.๕	๒	๓.๕	๕



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
คำนิยาม	<p>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p>ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอบริการ เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : eKYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p>*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <p>๑. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” และ</p> <p>๒. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตามมาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐ แล้ว</p> <p>ประชาชน หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด ทุกคน</p> <p>(อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด (\geq ร้อยละ ๒๕) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๕)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน ในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของประชาชน ผ่านระบบ หมอบริการ Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่น



แหล่งข้อมูล	๑. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๓. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนในจังหวัดที่มีดิจิทัลไอดี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายวิรัตน์ ศิริษา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดี เพื่อ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่วนบุคคล และ เข้าถึงระบบบริการ สุขภาพแบบไร้ รอยต่อ	๒๕	-	-	-	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๒๕	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๓๕	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕



ตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ชื่อตัวชี้วัด	จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	<p>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง การจัดระบบ ให้บริการ ปรีกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาล แห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือ สถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทาง อิเล็กทรอนิกส์ และบันทึก การให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับ บริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วย สูงอายุ ในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ จากฐานข้อมูลการ คัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง 1๐-1๑๕ จาก รหัส ICD-๑๐ กลุ่มโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) โดยมีเกณฑ์ที่กำหนดให้ดำเนินการดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. โรงพยาบาล จะต้องให้บริการการแพทย์ทางไกล และการเตรียมการ ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ ให้บริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ๑.๒ มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถ ดำเนินการในรูปแบบกลุ่มงานภายใน งานภายใน หรือคณะกรรมการดิจิทัล การแพทย์ โรงพยาบาล ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัด การจัดบริการสุขภาพ ดิจิทัล การแพทย์ทางไกล และอื่น ๆ ๑.๓ มีระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth ๑.๔ มีกระบวนการต่อเนื่องกับบริการส่งยาถึงบ้าน ๑.๕ มีเครือข่ายช่วยให้บริการ เช่น มี อสม. หรือญาติของผู้ป่วยร่วมอยู่ใน ระบบ บริการ ๒. โรงพยาบาล มีกระบวนการเรียกเก็บค่าบริการไปที่กองทุนต่างๆ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับโรงพยาบาล จังหวัด จากระบบ Health data center (HDC) โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. Health Data Center https://hdcservice.moph.go.th ๒. ประสานใช้ข้อมูลการเรียกเก็บค่าบริการตามกลุ่มเป้าหมาย จาก สปสช. ๓. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข ๔. Songkhla SIS



รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนครั้งของการมารับบริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกลTelehealth/ Telemedicine”) กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-๑๐ E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง ๑๐-๑๕
รายการข้อมูล ๒	B๑ = จำนวนครั้งของการมารับบริการทุกประเภท กลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ICD-๑๐ E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง ๑๐-๑๕
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายวิรัตน์ ศิริชา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
จังหวัดที่มีบริการ การแพทย์ทางไกล ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓,๕๐๐ ครั้ง	-	-	-	รอบ ๖ เดือน ๕%	๑%	๒%	๓%	๔%	๕%
					รอบ ๑๒ เดือน ๑๐%	๒%	๔%	๖%	๘%	๑๐%



ตัวชี้วัดจังหวัด – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ
คำนิยาม	<p>๑. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด</p> <p>๒. จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F๓-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ๒. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ ๓. มีการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ๔. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล <p>๓. เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น ๓ ระดับ (เอกสารแนบท้าย มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. โรงพยาบาลระดับ F๑-F๓ ๒. โรงพยาบาลระดับ M๑-M๒ ๓. โรงพยาบาลระดับ S-A <p>๔. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. แบ่งตามประเภท Service Plan มีดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ระดับ A (Advance-level Hospital): โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง - ระดับ S (Standard-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ - ระดับ M๑ (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ - ระดับ M๒ (Middle-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๓ – ๕ คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง ๖ สาขาหลัก สาขาละอย่างน้อย ๒ คน - ระดับ F๑ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด ๖๐-๑๒๐ เตียง - ระดับ F๒ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด ๓๐-๕๐ เตียง - ระดับ F๓ (First-level Hospital): โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด ๓๐ เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๑-๒ คน <p>๕. การดูแลรักษา หมายถึง มีการดูแลรักษา ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษา ฟันฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม หรือ กลุ่มอาการผู้สูงอายุอื่นๆ</p>



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป (F๓-A) ทั้งหมด (พิจารณาสัดส่วนของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ได้แก่ F M S A)				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ = (A/B) x ๑๐๐				
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗				
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง				
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางสาววิญญา นมะเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจังหวัด - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของ โรงพยาบาลที่มี คลินิกผู้สูงอายุ	๑๐๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤๖๐	๖๐- ๖๙.๙๙	๗๐- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๙.๙๙	๑๐๐
					๑๐๐	≤๖๐	๖๐- ๖๙.๙๙	๗๐- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๙.๙๙	๑๐๐
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๖๐	๖๐- ๖๙.๙๙	๗๐- ๗๙.๙๙	๘๐- ๘๙.๙๙	๑๐๐
					๑๐๐					



ตัวชี้วัดโซนเฟื่องฟ้า – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)															
คำนิยาม	<p>๑) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๒) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ๒. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ๓. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ๔. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี ๕. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ ๖. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ <p>๓) ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ ๒. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๓. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ ๔. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง ๕. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ ๖. ปรับปรุง / พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ๗. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม / กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ ๘. เสร็จสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี 															
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="485 1933 1493 2074"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>๖๖</th> <th>๖๗</th> <th>๖๘</th> <th>๖๙</th> <th>๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๕๕</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๖๕</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ												
๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐												
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐												



ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ - รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน) - กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป
แหล่งข้อมูล	๖. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) ๗. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ ๘. ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) = $(A / B) \times 100$ หมายเหตุ : จะต้องประเมินผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๕๐
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดตัวชี้วัดโซนเฟื่องฟ้า - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤ ๓๕	๓๕- ๓๙.๙๙	๔๐- ๔๔.๙๙	๔๕- ๔๙.๙๙	≥ ๕๐
					รอบ ๑๒ เดือน	≤ ๓๕	๓๕- ๓๙.๙๙	๔๐- ๔๔.๙๙	๔๕- ๔๙.๙๙	≥ ๕๐



ตัวชี้วัดโชนเฟื่องฟ้า – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager / Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน - การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) - การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคินข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>Blue Book Application</p> <p>โปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย</p> <p>ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$</p>				



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนเฟืองฟ้า – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มิภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	-	-	๙๓.๕	รอบ ๖ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕					



ตัวชี้วัดโชนเฟื่องฟ้า - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป มีทั้งหมด ๒๑๑ โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์					
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม					
รายการข้อมูล ๓	-					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$					
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗					
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง					
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวรัญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com					



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนเฟืองฟ้า – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ๓๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤ ๑๖	๑๖- ๑๙.๙๙	๒๐- ๒๕.๙๙	๒๖- ๒๙.๙๙	≥ ๓๐
					รอบ ๑๒ เดือน	≤ ๑๖	๑๖- ๑๙.๙๙	๒๐- ๒๕.๙๙	๒๖- ๒๙.๙๙	≥ ๓๐



ตัวชี้วัดโซนเฟื่องฟ้า – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	<p>๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</p> <p>๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๒ วิธี ดังนี้</p> <p>(๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำ ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl</p> <p>หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอนส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (๒) ได้เลย</p> <p>๑.๒ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๙๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน ๑-๙๐ วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และ PERSON.DISCHARGE="๙"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลัง อดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการ สาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๙๐ วัน) ตาม แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจาร์ักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนเฟืองฟ้า – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด				เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ ๒๕๖๖			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๗๐			๕๑.๙๒	รอบ ๖ เดือน ๔๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๘๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐



ตัวชี้วัดโซนเฟืองฟ้า – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>๑. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๘๐ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่า หรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๓
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และPERSON.DISCHARGE="๙" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC</p>
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขต รับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตาม วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความ ดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัด ความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดัน โลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดัน โลหิตสูง ที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรค ความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจาร์ักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนเฟืองฟ้า – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๙๓	-	-	๙๕.๕๖	รอบ ๖ เดือน ๗๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๙๕	๘๘	๙๑	๙๓	๙๕	>๙๕



ตัวชี้วัดโซนกระดังงา- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา
คำนิยาม	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ๑. กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง $\geq 100-125$ mg/dl หรือค่าระดับน้ำตาลโดยไม่วอดอาหาร $\geq 140 - 149$ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ๒. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง
เกณฑ์เป้าหมาย	\leq ร้อยละ ๑.๗๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา type area ๑,๓
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสานักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจาร์ักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนกระดิ่งงา- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงปีที่ ผ่านมา	≤ ๑.๗๕			๒.๒	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๑.๐	๒.๒๐	๑.๙๐	๑.๖	๑.๓	≤๑.๐
					<u>รอบ ๑๒</u> <u>เดือน</u> ≤๑.๗๕	≥๒.๙๕	๒.๖๕	๒.๓๕	๒.๐๕	≤๑.๗๕



ตัวชี้วัดโซนกระดังงา- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี
คำนิยาม	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = ๑๐-๑๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐ และ < ๙๐ mmHg จากการตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๖๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ C๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ๒ ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิต ในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๒	A๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการ C๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการควบคุม ระดับความดันโลหิตได้ดี ๒ ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D๒ = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่มารับบริการในสถานบริการและไม่มี ค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด



ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรศัพท์ : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com
---	---



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนกระด้าง- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้ดี	≥ ๖๐			๔๒.๔๑	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๒๔	<๑๘	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔
					<u>รอบ ๑๒</u> <u>เดือน</u> ๖๐	<๓๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐



ตัวชี้วัดโซนกระดังงา- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘</p> <p>*หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕ ๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐ ๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙ ๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔-N๑๘.๕ ๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๔๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
รายการข้อมูล ๑	<p>A๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>A๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p>
รายการข้อมูล ๒	<p>B๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>B๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด</p>
รายการข้อมูล ๓	<p>C๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>C๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p>
รายการข้อมูล ๔	D๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด



	D๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
รายการข้อมูล ๕	E๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี E๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
รายการข้อมูล ๖	F๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตรับผิดชอบทั้งหมด F๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางจงกล สุกิจจาร์ักษ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๕๑๒๗๓๘๘ โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : jongkon.sk@gmail.com : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนกระดังงา- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี	๔๐			๒๐.๙๙	รอบ ๖ เดือน ๒๐	<๕	๕	๑๐	๑๕	๒๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๔๐	<๑๐	๑๐	๒๐	๓๐	๔๐



ตัวชี้วัดโชนกระดั่งงา- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)															
คำนิยาม	<p>๔) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๕) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๗. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ๘. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ๙. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ๑๐. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี ๑๑. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ ๑๒. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ <p>๖) ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ ๒. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๓. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ ๔. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง ๕. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ ๖. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ๗. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ ๘. เสริมจลินกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี 															
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="485 1933 1495 2074"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>๖๖</th> <th>๖๗</th> <th>๖๘</th> <th>๖๙</th> <th>๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๕๕</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๖๕</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ												
๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐												
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐												



ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ - รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน) - กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป
แหล่งข้อมูล	<p>๑๐. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง)</p> <p>๑๑. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>๑๒. ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) = $(A / B) \times 100$ หมายเหตุ : จะต้องประเมินผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๕๐
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นมะเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดตัวชี้วัดโซนกระดิ่งา - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤ ๓๕	๓๕- ๓๙.๙๙	๔๐- ๔๔.๙๙	๔๕- ๔๙.๙๙	≥ ๕๐
					รอบ ๑๒ เดือน	≤ ๓๕	๓๕- ๓๙.๙๙	๔๐- ๔๔.๙๙	๔๕- ๔๙.๙๙	≥ ๕๐



ตัวชี้วัดโซนกระดิ่งงา - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager / Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน - การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) - การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคินข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>n. Blue Book Application</p> <p>โปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย</p> <p>ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$</p>				



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนกระด้าง - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	-	-	๙๓.๕	รอบ ๖ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕					



ตัวชี้วัดกระดิ่งงา- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์			
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq ๑๒ คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ๘ ด้าน ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สัปดาห์ละ ๑๕๐ นาที/สัปดาห์ ๒. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ - ๗ วันต่อสัปดาห์) ๓. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว ยกเว้น ผู้สูงอายุที่แพทย์ให้จำกัดน้ำดื่ม เช่น ผู้สูงอายุโรคไต โรคหัวใจ เป็นต้น ๔. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่ ๕. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) ๖. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง หรือเมื่อเจ็บป่วยทั่วไป เช่น มีไข้ ไอ จาม ปวดเมื่อยตามตัว สามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ เช่น สามารถกินยาสามัญประจำบ้านได้ด้วยตนเอง และเมื่ออาการไม่ดีขึ้นสามารถไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือ รพ.สต. ได้) ๗. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๗ - ๘ ชั่วโมง ต่อคืน ๘. การดูแลสุขภาพช่องปากด้วยการแปรงฟันก่อนนอน โดยไม่รับประทานอะไรอีก ยกเว้นน้ำเปล่าจนกระทั่งเข้านอน <p>หมายเหตุ:</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผ่านการประเมินทั้ง ๘ ด้าน ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๒. กิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อ และทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทางเดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยวที่มา : แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.๒๕๖๑ -๒๕๗๓) 			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖
	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๒
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq ๑๒ คะแนน ร้อยละ ๑๐ ของประชากรสูงอายุกลุ่มติดสังคมในระบบ Health Data Center (HDC)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สุ่มสำรวจผู้สูงอายุในพื้นที่เขตสุขภาพตามระเบียบวิธีวิจัย ๒. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน ๓. Application Blue book 			
แหล่งข้อมูล	Application Blue book			



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บ ข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงาน รับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางสาวรวิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนกระด้าง- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๕๒	-	-	๗๕.๗๙	รอบ ๖ เดือน ≥ ๓๐	๑๐ - ๑๙	๒๐ - ๒๙	๓๐ - ๓๙	๔๐ - ๔๙	๕๐ ขึ้นไป
					รอบ ๑๒ เดือน ≥ ๖๐	๓๐ - ๓๙	๔๐ - ๔๙	๕๐ - ๕๙	๖๐ - ๖๙	๖๙ ขึ้นไป



ตัวชี้วัดโชนชบาแดง – กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการ ปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพ โดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อ ตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p>



	<p>(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย</p> <p>๑. ยกระดับคุณภาพบริการ โดยมีการประเมินตนเอง ตามคู่มือ เกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน บริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๒. คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่เป็น Service Outcome อย่างน้อย ๑ ประเด็น รวมทั้งต้องสอดคล้องกับประเด็น พขอ. ที่กำหนด เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ร้อยละ ๖๐ จำนวน PCU/NPCU ๗๘ แห่ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก CUP และบันทึกการขอขึ้นทะเบียน/แก้ไข Online
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๒	-
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวมลิสสา ฉิมอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๘ ๖๓๖๐ ๕๖๒๔ หรือ ๐ ๗๔๓๑ ๒๗๐๓



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนชบาแดง - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๕๒%	๓๗.๒๑	๔๘.๐๖	๕๕.๐๔	รอบ ๖ เดือน (สะสม ๗๕ แห่ง ๕๘.๑๒ %)	๗๑ แห่ง	๗๒ แห่ง	๗๓ แห่ง	๗๔ แห่ง	๗๕ แห่ง
					รอบ ๑๒ เดือน (สะสม ๗๘ แห่ง ๖๐.๔๗ %)	๗๔ แห่ง	๗๕ แห่ง	๗๖ แห่ง	๗๗ แห่ง	๗๘ แห่ง



ตัวชี้วัดโซนขอบแดง – กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชน มีหมอประจำตัว ๓ คน
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) หมอประจำตัว ๓ คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอ ประจำตัว ๓ คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจาก หมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง ๓ คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษา และข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไป อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ</p> <p>หมอคนที่ ๑ คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงาน ของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. ๑ คน รับผิดชอบประชาชน ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคน ๒ และหมอคนที่ ๓</p> <p>หมอคนที่ ๒ คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ใน หน่วย บริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุม บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เกษษกร นักวิชาการสาธารณสุข และ วิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ประชากร ๑,๒๕๐ - ๒,๕๐๐ คน หรือ ๑-๓ หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข และ เชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ ๑ และ หมอคนที่ ๓</p> <p>หมอคนที่ ๓ คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์โดย กำหนดให้ หมอ ๑ คน รับผิดชอบประชากร ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๑-๓ รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับ หมอคนที่ ๑ และ ๒ อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแล ผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ ๑ และ ๒ มีความรู้และทักษะในการ ทำงานดีขึ้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๗
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบขึ้นทะเบียน
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับ หมอประจำตัว ๓ คน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวมนมัย แคล้วคลอด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘ ๙๕๙๗ ๑๗๔๐ หรือ ๐ ๗๔๓๑ ๒๗๐๓



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนชบาแดง - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของ ประชาชน มีหมอ ประจำตัว ๓ คน	๕๗	NA	๔๖.๙๒	๕๑.๙๓	รอบ ๖ เดือน ๕๗	๔๗	๕๐	๕๓	๕๗	๖๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๖๐	๕๐	๕๓	๕๗	๖๐	๖๓



ตัวชี้วัดโซนชบาแดง- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน ๖๐ นาที ตั้งแต่มีอาการ (ตั้งแต่เจ็บหน้าอก ถึง ER รพ.)
คำนิยาม	<p>อาการเจ็บหน้าอก (angina pectoris) เป็นความรู้สึกไม่สบายในทรวงอก (แน่นอึดอัดหรือเจ็บ) ซึ่งมักจะร้าวไปบริเวณขากรรไกร บริเวณไหล่หรือแขนขา อาจร่วมไปกับ มีอาการหายใจลำบาก วิงเวียนศีรษะและใจสั่น อาการมักเป็นเมื่อออกกำลังกายหรือมีความเครียดทางอารมณ์ และอาการจะทุเลาลงหรือหายไปหลังผู้ป่วยได้พัก</p> <p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ ๓๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO: I๒๑.๐ - I๒๑.๓ ทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอกจนถึงมารับบริการทางการแพทย์ที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) และระบบ HIS ของโรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน ๖๐ นาที ตั้งแต่มีอาการเจ็บหน้าอก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
รายการข้อมูล ๒	B= จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าห้องฉุกเฉินด้วยอาการเจ็บหน้าอก และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึงห้องฉุกเฉินภายใน ๖๐ นาที ตั้งแต่มีอาการ (ตั้งแต่เจ็บหน้าอก ถึง ER รพ.) = $(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>นพ.นัชชา ทัดตานนท์</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๔๖๒๑๕๙๑</p> <p>โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗</p> <p>E-mail : cmp.ntcha@gmail.com</p> <p>: ncdsongkhla@gmail.com</p>

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนชบาแดง- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ



ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละผู้ป่วยเข้าถึง ห้องฉุกเฉินภายใน ๖๐ นาที ตั้งแต่มี อาการ (ตั้งแต่เจ็บ หน้าอก ถึง ER รพ.)	-	-	-	-	รอบ ๖ เดือน ๓๐	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๕๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐



ตัวชี้วัดโชนลีลาวดี – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)															
คำนิยาม	<p>๗) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๘) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี”</p> <p>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑๓. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ๑๔. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ๑๕. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ๑๖. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี ๑๗. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ ๑๘. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ <p>๙) ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้ ๒. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพและความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๓. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ ๔. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง ๕. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ ๖. ปรับปรุง / พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย ๗. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม / กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจ ๘. เสริมสิ้นกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี 															
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p> <table border="1" data-bbox="485 1933 1493 2074"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>๖๖</th> <th>๖๗</th> <th>๖๘</th> <th>๖๙</th> <th>๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๕๕</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๖๕</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ												
๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐												
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐												



ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ - รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน) - กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข - สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคินข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป
แหล่งข้อมูล	<p>๑๔. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง)</p> <p>๑๕. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ</p> <p>๑๖. ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้ทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างน้อย ๑ ประเด็น
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) = $(A / B) \times 100$ หมายเหตุ : จะต้องประเมินผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ ๕๐
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นมะเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโชนลีลาวดี - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุมี แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๕๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤ ๓๕	๓๕- ๓๙.๙๙	๔๐- ๔๔.๙๙	๔๕- ๔๙.๙๙	≥ ๕๐
					รอบ ๑๒ เดือน	≤ ๓๕	๓๕- ๓๙.๙๙	๔๐- ๔๔.๙๙	๔๕- ๔๙.๙๙	≥ ๕๐



ตัวชี้วัดโซนลิลาวดี – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager / Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน - การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) - การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคินข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>๗. Blue Book Application</p> <p>โปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย</p> <p>ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$</p>				



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนสีเขียวดี - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	-	-	๙๓.๕	รอบ ๖ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕					



ตัวชี้วัดโซนสีลาวดี – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป มีทั้งหมด ๒๑๑ โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์					
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม					
รายการข้อมูล ๓	-					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$					
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗					
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง					
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวรัญญา นมะเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com					



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนสีเขียวดี - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ ๓๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน	≤ ๑๖	๑๖- ๑๙.๙๙	๒๐- ๒๕.๙๙	๒๖- ๒๙.๙๙	≥ ๓๐
					๓๐	≤ ๑๖	๑๖- ๑๙.๙๙	๒๐- ๒๕.๙๙	๒๖- ๒๙.๙๙	≥ ๓๐



ตัวชี้วัดโซนลีลาวดี – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้งในรอบ ๒ ปีงบประมาณ
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล ๑	$A_{(F)}$ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
รายการข้อมูล ๒	$B_{(F)}$ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัด ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง = $(A_{(F)} / B_{(F)}) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีศักยภาพทำหัตถการส่องกล้อง Colonoscopy
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนสีลาวดี - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วย ที่ได้รับการคัด กรองมะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ตรง	≥๕๐	๕.๗๗	๓.๗๕	๓.๓๔	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๓๐	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๕๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕



ตัวชี้วัดโซนลีลาวดี – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายใน ๓ เดือน
คำนิยาม	ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายใน ๓ เดือน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการส่องกล้องคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ภายใน ๓ เดือน = $(A / B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีศักยภาพทำหัตถการส่องกล้อง Colonoscopy
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนสีเขียวดี - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง สูงได้รับการส่ง กล้องคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่ภายใน ๓ เดือน	> ๙๐	NA	NA	NA	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๔๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๙๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐



ตัวชี้วัดโซนสีลาวติ – กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาภายใน ๑ เดือน
คำนิยาม	<p>ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการ เข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๑ เดือน โดยนับจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ สงตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไซยีนยัน วินิจฉัยเป็นมะเร็งและ นำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการ ผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ในนับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจ วินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมา ตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ในนับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ที่ต้องได้รับการรักษา มะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษาจำแนกตามประเภทการรักษา - ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเปนครึ่งที่ไซยีนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ วันผ่าตัด (Operation date) เพื่อการรักษา
แหล่งข้อมูล	<p>๑.จาก Hospital Based Cancer Registry Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล)</p> <p>๒.หน่วยบริการศัลยกรรม หองผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษา สามารถบันทึกข้อมูลสวนที่ เกี่ยวข้องผาน TCB ได้ ควบคุมกับงานทะเบียนมะเร็ง</p>
รายการข้อมูล ๑	A= จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษา มะเร็งทั้งหมดในที่รายงาน
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่มีศักยภาพทำหัตถการส่องกล้อง Colonoscopy



หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดโซนสีลาวดี - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ได้รับการ รักษาภายใน ๑ เดือน	๑๐๐%	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน ๗๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๑๐๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๑๐๐



ตัวชี้วัดองค์กร – กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)		
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้		
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)		
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน ออนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอย ทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	
		๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูก สุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษ หรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่ เกี่ยวข้อง	
		๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตาม กฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕	
	หมวด R: Restroom การพัฒนาส้วมตาม มาตรฐานส้วมสาธารณะ ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่ อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	
		๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตาม กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็น ปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	
หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดย เพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้ มารับบริการ		
	๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการ ของผู้ป่วยและญาติ		



	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุบัติเหตุ/โรค และการ ดำเนินงานอาหารปลอดภัย ในโรงพยาบาล	๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุลักษณะของสถานที่ จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทาง สุขาภิบาลอาหาร
		๑๑. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตาม กฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		๑๒. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
		๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)	
หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	
หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	๑๕. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	
ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน ๑ ด้าน		
๑. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ๒. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๔. การจัดการของเสียทางการแพทย์		



เกณฑ์เป้าหมาย	อ้างอิงจากเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข			
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ทุกจังหวัดมีแผนการขับเคลื่อนเพื่อยกระดับการพัฒนาโรงพยาบาลสู่ GCHC	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๒๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๓๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) ๑๗ แห่ง และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ ๒ แห่ง (รพ. จิตเวชสงขลา และ รพ.ธัญญารักษ์สงขลา) รวม ๑๙ แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. โรงพยาบาลทุกแห่งประเมินตนเองบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ทาง Website https://gch.anamai.moph.go.th/ ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประเมินโรงพยาบาล และจัดเก็บข้อมูลการประเมินผ่านโปรแกรม ประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ทาง Website https://gch.anamai.moph.go.th/			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด			
รายการข้อมูล ๓	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	๑.นางสุนันทา อนุตรพงษ์สกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๒๒๕๘ ๒๒๒๓			



	<p>๒. นางสาวอิสริยา อักษรชื่น นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๖๒๙๘ ๘๘๘๕</p> <p>๓. นางสาวเสาวนีย์ หะย็อุม่า นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๑๘๒๘ ๔๔๕๐</p> <p>๔. นางสาวกนกรัตน์ เกื้อรอด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๕๗๙๖ ๑๑๔๑</p>
--	--



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดองค์กร - กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			คำเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของ โรงพยาบาลที่พัฒนา อนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับ มาตรฐานขึ้นไป)	โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับ มาตรฐานขึ้น ไป ร้อยละ ๓๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐	๑ แห่ง (๕.๒ %)	๒ แห่ง (๑๐.๕ %)	๓ แห่ง (๑๕.๗ %)	๔ แห่ง (๒๑.๑ %)	๕ แห่ง (๒๖.๔ %)
					รอบ ๑๒ เดือน โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๓๐	๓ แห่ง (๑๕. ๗ %)	๔ แห่ง (๒๑.๑ %)	๕ แห่ง (๒๖.๔ %)	๖ แห่ง (๓๑.๖ %)	๗ แห่ง (๓๖.๘ %)



ตัวชี้วัดองค์กร - กลุ่มกฎหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment: MOPH ITA) เป็นการประเมินเชิงบวกที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนการประเมิน ระบบงาน โดยเฉพาะกระบวนการเปิดเผยข้อมูล กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่มีความโปร่งใส รวมถึงขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติงานและการให้บริการที่มีมาตรฐานและมีความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนมีคุณสมบัติที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงจนถึงการประเมิน วัฒนธรรม ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต และประเมินแนวทางในการป้องกันการทุจริตและป้องกันการปฏิบัติงานที่อาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนหรือการทุจริตประพฤติชอบ ซึ่งล้วนแต่มีความสำคัญ และสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะที่ดีในการปฏิบัติราชการที่มีคุณธรรม และมีธรรมาภิบาล ที่หน่วยงานภาครัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องมีและยึดถึงปฏิบัติได้เป็นอย่างดี โดยมีหลักการพื้นฐานในการส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการเปิดเผยข้อมูล และเกิดการพัฒนางานให้มีความโปร่งใส นำไปสู่การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ทั้งนี้ การประเมิน ITA ไม่ได้มุ่งเน้นให้หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน ได้รับผลการประเมินที่สูงขึ้นเพียงเท่านั้น แต่ยังมุ่งหวังให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับการปรับปรุงพัฒนาตนเองในด้านคุณธรรม และความโปร่งใส เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาล มีการดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและส่วนรวมเป็นสำคัญ และลดโอกาสที่จะเกิดการทุจริตและประพฤติชอบในหน่วยงาน ส่งผลให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๒ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการและหน่วยสนับสนุนในสังกัด (สสจ. , รพศ.,รพท., รพช. และ สสอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ไตรมาสที่ ๑ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ หน่วยงานเป้าหมายประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูล ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของ



	<p>หน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล ตัวชี้วัดที่ ๑ การเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒ ข้อ ได้แก่ ข้อ MOIT ๑- MOIT ๒ และตัวชี้วัดที่ ๒ การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ จำนวน ๓ ข้อ ได้แก่ ข้อ MOIT ๓ – MOIT ๕ วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)</p> <p>ไตรมาสที่ ๒ ตั้งแต่วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ค่าเป้าหมายร้อยละ ๘๒</p> <p>ไตรมาสที่ ๓ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ค่าเป้าหมายร้อยละ ๘๗</p> <p>ไตรมาสที่ ๔ ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖ หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน</p>
--	--



	(๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๒
แหล่งข้อมูล	๑. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ๒.ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
รายการข้อมูล ๑	A หมายถึง จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒
รายการข้อมูล ๒	B หมายถึง จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ความสำเร็จ เท่ากับ $(A \times 100) / B$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายปรีชา ณะไชยลักษณ์ นางสาวพัชรินทร์ พงศ์กรเกียรติ



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดองค์กร - กลุ่มกฎหมาย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละ ของ หน่วยงาน ในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข สุพรรณ เกณฑ์การ ประเมิน ITA (๙๒)	หน่วยงาน ในสังกัด กระทรวง สาธารณสุข สุพรรณ เกณฑ์การ ประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔.๑๒	ร้อยละ ๕๘.๘๒	ร้อยละ ๘๕.๒๙	<u>รอบ ๖</u> <u>เดือน</u> หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ร้อยละ ๘๒	๒๔ แห่ง (๗๐%)	๒๕ แห่ง (๗๓%)	๒๖ แห่ง (๗๖%)	๒๗ แห่ง (๗๙%)	๒๘ แห่ง (๘๒%)
		หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	หน่วย งาน ผ่าน เกณฑ์ การ ประเมิน ITA	หน่วย งาน ผ่าน เกณฑ์ การ ประเมิน ITA	<u>รอบ ๑๒</u> <u>เดือน</u> หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์ การประเมิน ร้อยละ ๙๒	๒๘ แห่ง (๘๒%)	๒๙ แห่ง (๘๕%)	๓๐ แห่ง (๘๘%)	๓๑ แห่ง (๙๑%)	๓๒ แห่ง (๙๔%)



ตัวชี้วัดองค์กร - กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายความว่า หน่วยงานส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
เกณฑ์เป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ร้อยละ ๘๒
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.ข้อมูลจากการรายงานผลการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จะต้องแนบเอกสารหลักฐานเกี่ยวกับการควบคุมภายในให้ครบ ผ่านระบบสารสนเทศในการกำกับ ติดตาม และประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ๒.ระบบสารสนเทศในการกำกับติดตาม และประเมินผลระบบการควบคุมภายในจะทำการประมวลและรายงานผลตัวชี้วัด รายจังหวัด
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานส่วนภูมิภาคสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
รายการข้อมูล ๑	A=หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจสอบและผ่านเกณฑ์การประเมิน ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ หรือ ๔ คะแนนขึ้นไป
รายการข้อมูล ๒	B=หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดที่ได้รับการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสุกัญญา มณีรักษ์ ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีอาวุโส โทร. ๐๙ ๑๘๔๕ ๖๘๙๓ งานตรวจสอบภายใน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดองค์กร - กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตัวชี้วัด	คำเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			คำเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ร้อยละ ๘๐ จำนวน ๑๘ แห่ง ประกอบ ด้วย สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด สงขลา โรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน	NA	NA	๑๐๐	<u>รอบ ๖ เดือน</u> จำนวน ๑๗ แห่ง ประกอบด้วย /รพศ/รพท/ รพช ต้องผ่าน เกณฑ์การ ตรวจสอบและ ประเมินผล ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ หรือ ๔ คะแนนขึ้นไป จำนวน ๑๔ แห่ง	๑๐ แห่ง (๕๙%)	๑๑ แห่ง (๖๕%)	๑๒ แห่ง (๗๑%)	๑๓ แห่ง (๗๖%)	๑๔ แห่ง (๘๒%)
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> จำนวน ๑๘ แห่ง ประกอบด้วย สสจ/รพศ/ รพท/รพช ต้องผ่าน เกณฑ์การ ตรวจสอบและ ประเมินผล ตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ หรือ ๔ คะแนนขึ้นไป จำนวน ๑๕ แห่ง	๑๑ แห่ง (๖๑%)	๑๒ แห่ง (๖๗%)	๑๓ แห่ง (๗๒%)	๑๔ แห่ง (๗๘%)	๑๕ แห่ง (๘๓%)



ตัวชี้วัดองค์กร – กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตาม กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กองส่วนกลาง จำนวน ๑๒ กอง ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ แห่ง ๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ แห่ง โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อยู่ภายใต้การกำกับ ติดตามผล ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะ สำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำ องค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการ ดำเนินการในปี ๒๕๖๖- ๒๕๗๐ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ๒. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้ พ.ศ.๒๕๖๖ หมวด ๒ บังคับหมวด ๒ ส่วนราชการเลือกหมวดที่พร้อมอีก ๑ หมวด ๓. ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด ๑- ๖ หาโอกาสใน การปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ๔. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อ ครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อเป็น ๒ ตัวชี้วัด รวม ๓๖ ตัวชี้วัด ๕. รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบ บริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๖. จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่ โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ <p>ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์กร โดยสนับสนุน ให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่น รายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.๒๕๖๒ โดยมีขั้นตอน การพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย</p>



	<p>๑) การตั้งรับปัญหา (๐-๒๕%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่า เป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ขาด การกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี</p> <p>๒) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (๓๐-๔๕%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วย การใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุงและเริ่มมีการ ประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และ เป้าประสงค์เชิงปริมาณ</p> <p>๓) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (๕๐-๖๕%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็น กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมี การแบ่งปันการเรียนรู้และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็น เป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมี ผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตาม ผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๖ แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สสจ/ สสอ.บันทึกข้อมูลในระบบ e-report				
แหล่งข้อมูล	จาก e-report				
รายการข้อมูล ๑	A๑= จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสงขลา ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านการ ประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล ๒	A๒ = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสงขลา ๑๗ แห่ง				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑ / B๑) \times ๑๐๐$				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา				
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางนฤมล บุญทอง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร.๐๘๑-๙๕๕๕๕๕๔๐				



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดองค์กร - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละ ความสำเร็จของ ส่วนราชการใน สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนา คุณภาพการ บริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมิน ตามเกณฑ์ที่ กำหนด (สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด)	๗๕	๘๗.๒๑	๑๐๐	๑๐๐	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๗๕	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๘๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐



ตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) – กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)
คำนิยาม	<p>ผลการดำเนินงานบริหารงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน หมายถึง การดำเนินงานแต่ละขั้นตอน ดังนี้</p> <p><u>รายการครุภัณฑ์</u></p> <p>ขั้นตอนที่ ๑ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครบทุกรายการ ภายใน พ.ย. - ธ.ค. ๖๕</p> <p>ขั้นตอนที่ ๒ ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ม.ค. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๓ ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.พ. - เม.ย. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๔ ตรวจจับเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนตรวจจับเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน พ.ค. - มิ.ย. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๕ เบิกจ่ายเงินแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอน เบิกจ่ายเงินแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.ค. - ส.ค. ๖๖</p> <p><u>รายการสิ่งก่อสร้าง</u></p> <p>ขั้นตอนที่ ๑ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครบทุกรายการ ภายใน พ.ย. - ธ.ค. ๖๕</p> <p>ขั้นตอนที่ ๒ ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ม.ค. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๓ ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.พ. - มิ.ย. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๔ ตรวจจับเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนตรวจจับเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.ค. - ส.ค. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๕ เบิกจ่ายเงินแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอน เบิกจ่ายเงินแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.ย. ๖๖</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. รายการครุภัณฑ์ ดำเนินงานถึงขั้นตอนที่ ๕</p> <p>๒. รายการสิ่งก่อสร้าง ดำเนินงานถึงขั้นตอนที่ ๕</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบบริหารจัดการค่าเสื่อม
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล ๑	<p>ระดับความสำเร็จ รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รอบ ๖ เดือน</p> <p>ระดับ ๑ บันทึกแผนงบค่าเสื่อม</p> <p>ระดับ ๒ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๑ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง</p>



	<p>ครบทุกรายการ ระดับ ๓ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๒ ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว</p> <p>ครบทุกรายการ ระดับ ๔ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๓ ทำสัญญาเรียบร้อยแล้วครบทุกรายการ ระดับ ๕ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๓ ครบทุกรายการ และดำเนินการถึง ขั้นตอนที่ ๔ ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว หรือขั้นตอนที่ ๕ เบิกจ่ายเงิน แล้วบางรายการ</p> <p>ระดับความสำเร็จ รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>ระดับ ๑ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๑ ครบทุกรายการ ระดับ ๒ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๒ ครบทุกรายการ ระดับ ๓ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๓ ครบทุกรายการ ระดับ ๔ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๔ ครบทุกรายการ ระดับ ๕ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๕ ครบทุกรายการ</p>
รายการข้อมูล ๒	-
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>๑. นางมาริษา วุฒิกระพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>๒. นางสาวธัญลักษณ์ ศรีคง นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>เบอร์โทร ๐๘๘-๗๘๘๑๗๕๘</p>



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) – กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน บริหารงบประมาณ ทางการแพทย์ที่ เบิกจ่ายในลักษณะ งบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	NA	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน รายการครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง	บันทึก แผนงบ ค่าเสื่อม	ขั้นตอน ที่ ๑ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๒ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๓ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๓ ทุก รายการ และ ขั้นตอน ที่ ๔,๕ บาง รายการ
					รอบ ๑๒ เดือน รายการครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง	ขั้นตอน ที่ ๑ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๒ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๓ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๔ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๕ ทุก รายการ



ตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) – กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการบริหารงบประมาณ
คำนิยาม	ผลการดำเนินงานบริหารงบลงทุน หมายถึง ๑. กระบวนการก่อนนี้ผูกพันและการบริหารสัญญารายการครุภัณฑ์ เงินงบประมาณงบลงทุนประจำปี ๒๕๖๖ ๒. กระบวนการก่อนนี้ผูกพันและการบริหารสัญญา รายการสิ่งก่อสร้าง งบประมาณ ปี ๒๕๖๖
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมติดตามการบริหารงบลงทุน ของกบรส. (งานพัสดุและก่อสร้าง)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล ๑ กระบวนการก่อนนี้ผูกพัน และการบริหารสัญญา รายการจัดซื้อครุภัณฑ์ เงินงบประมาณงบลงทุน ประจำปี ๒๕๖๖	ระดับความสำเร็จ รายการครุภัณฑ์ รอบ ๖ เดือน ๑.กระบวนการก่อนนี้ผูกพัน รายการจัดซื้อครุภัณฑ์ เงินงบประมาณงบลงทุนประจำปี ๒๕๖๖ ระดับ ๑ ลงนามสัญญาหลังเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ระดับ ๒ ลงนามสัญญาทุกรายการทันภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ บางรายการ ระดับ ๓ ลงนามสัญญาทันภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ระดับ ๔ ลงนามสัญญาทุกรายการทันภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๖ ระดับ ๕ ลงนามสัญญาทันภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๕ ทุกรายการ
	ระดับความสำเร็จ รอบ ๑๒ เดือน ระดับ ๑ มีการลงนามในสัญญาแล้วทุกรายการ ระดับ ๒ มีการส่งมอบของบางรายการ ระดับ ๓ มีการส่งมอบของครบถ้วนทุกรายการ ระดับ ๔ มีการเบิกจ่ายเงินแล้วบางรายการ ระดับ ๕ มีการเบิกจ่ายเงินครบถ้วนทุกรายการ
รายการข้อมูล ๒ กระบวนการก่อนนี้ผูกพัน และการบริหารสัญญา รายการงบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	ระดับความสำเร็จ รอบ ๖ เดือน ระดับ ๑ ลงนามในสัญญา หลังเดือนเมษายน ๒๕๖๖ ระดับ ๒ ลงนามในสัญญา เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ระดับ ๓ ลงนามในสัญญา ภายในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๖ ระดับ ๔ ลงนามในสัญญา ภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๖ ระดับ ๕ ลงนามในสัญญา ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๕



	ระดับความสำเร็จ รอบ ๑๒ เดือน ระดับ ๑ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญามากกว่า ๓ งวด ระดับ ๒ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญา ๓ งวด ระดับ ๓ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญา ๒ งวด ระดับ ๔ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญา ๑ งวด ระดับ ๕ การบริหารสัญญา ให้มีการส่งมอบงาน เป็นไปตามงวดงาน งวดเงินตามสัญญา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(ระดับคะแนนรายการที่ ๑+ระดับรายการที่ ๒) / ๒
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานพัสดุและก่อสร้าง)
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางอิศราภร มิตรเมือง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ เบอร์โทร ๐๘๑-๙๙๐๙๐๑๔



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) - กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ระดับความสำเร็จ การบริหารงบประมาณ เงินงบประมาณ	NA	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน ๑.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กัพัน รายการจัดซื้อ ครุภัณฑ์ เงิน งบประมาณงบ ลงทุนประจำปี ๒๕๖๖	ลงนาม สัญญา หลัง เดือน มีนาคม ๒๕๖๖	ลงนาม สัญญา ทุก รายการ ทัน ภายใน เดือน มีนาคม ๒๕๖๖	ลงนาม สัญญา ทัน ภายใน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	๔ ลง นาม สัญญา ทุก รายการ ทัน ภายใน เดือน มกราคม ๒๕๖๖	ลงนาม สัญญา ทัน ภายใน เดือน ธันวาคม ๒๕๖๕ ทุก รายการ
					๒.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กัพัน และการบริหาร สัญญารายการ งบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา หลัง เดือน เมษายน ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา เดือน เมษายน ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา ภายใน เดือน กุมภาพันธ์- มีนาคม ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา ภายใน เดือน มกราคม ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา ภายใน เดือน ธันวาคม ๒๕๖๕
					รอบ ๑๒ เดือน ๑.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กัพัน และการบริหาร สัญญารายการ งบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	มีการลง นามใน สัญญา แล้วทุก รายการ	มีการ ส่งมอบ ของบาง รายการ	มีการส่ง มอบ ของ ครบถ้วน นทุก รายการ	มีการ เบิก จ่ายเงิน แล้วบาง รายการ	มีการ เบิก จ่ายเงิน ครบถ้วน นทุก รายการ
					๒.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กัพัน และการบริหาร สัญญารายการ งบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา มากกว่า ๓ งวด	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา ๓ งวด	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา ๒ งวด	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา ๑ งวด	การ บริหาร สัญญา ให้มีการ ส่งมอบ งาน เป็นไป ตามงวด งาน งวด เงิน ตาม สัญญา



ตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) – กลุ่มกฎหมาย

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment: MOPH ITA) เป็นการประเมินเชิงบวกที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนการประเมิน ระบบงาน โดยเฉพาะกระบวนการเปิดเผยข้อมูล กระบวนการจัดซื้อจัดจ้างที่มีความโปร่งใส รวมถึงขั้นตอนและกระบวนการปฏิบัติงานและการให้บริการที่มีมาตรฐานและมีความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ตลอดจนมีคุณสมบัติที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงจนถึงการประเมินวัฒนธรรม ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต และประเมินแนวทางในการป้องกันการทุจริตและป้องกันการปฏิบัติงานที่อาจก่อให้เกิดผลประโยชน์ทับซ้อนหรือการทุจริตประพฤติมิชอบ ซึ่งล้วนแต่มีความสำคัญและสามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะที่ดีในการปฏิบัติราชการที่มีคุณธรรม และมีธรรมาภิบาล ที่หน่วยงานภาครัฐและเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องมีและยึดถึงปฏิบัติได้เป็นอย่างดี โดยมีหลักการพื้นฐานในการส่งเสริมให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการเปิดเผยข้อมูล และเกิดการพัฒนางานให้มีความโปร่งใส นำไปสู่การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบ ทั้งนี้ การประเมิน ITA ไม่ได้มุ่งเน้นให้หน่วยงานที่เข้ารับการประเมิน ได้รับผลการประเมินที่สูงขึ้นเพียงเท่านั้น แต่ยังมุ่งหวังให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับการปรับปรุงพัฒนาตนเองในด้านคุณธรรม และความโปร่งใส เพื่อให้เกิดธรรมาภิบาล มีการดำเนินงานที่มุ่งให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนและส่วนรวมเป็นสำคัญ และลดโอกาสที่จะเกิดการทุจริตและประพฤติมิชอบในหน่วยงาน ส่งผลให้หน่วยงานบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนงานการพัฒนาธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๒ ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการและหน่วยสนับสนุนในสังกัด (สสจ. , รพศ.,รพท., รพช. และ สสอ.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ไตรมาสที่ ๑ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึง วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๕ หน่วยงานเป้าหมายประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูล ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and



Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล ตัวชี้วัดที่ ๑ การเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒ ข้อ ได้แก่ ข้อ MOIT ๑- MOIT ๒ และตัวชี้วัดที่ ๒ การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ จำนวน ๓ ข้อ ได้แก่ ข้อ MOIT ๓ – MOIT ๕ วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (ระดับ ๕)

ไตรมาสที่ ๒ ตั้งแต่วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๖ หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ค่าเป้าหมายร้อยละ ๘๒

ไตรมาสที่ ๓ ตั้งแต่วันที่ ๑๑ เมษายน ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ค่าเป้าหมายร้อยละ ๘๗

ไตรมาสที่ ๔ ตั้งแต่วันที่ ๑๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ถึง วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๖ หน่วยงานประเมินตนเองด้วยการจัดทำเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ และเปิดเผยข้อมูลตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ บนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ด้วยการวาง URL ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการ



	การทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อนและ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร ค่าเป้าหมายร้อยละ ๙๒
แหล่งข้อมูล	๑. คู่มือการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ๒.ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
รายการข้อมูล ๑	รอบ ๖ เดือน ประเมินดังนี้ ระดับ ๑ หน่วยบริการต้องเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ระดับ ๒ หน่วยบริการต้อง Log in เข้าระบบ MITAS เพื่อเข้าประเมิน ITA ระดับ ๓ หน่วยบริการต้องบันทึก URL เว็บไซต์ของหน่วยงานที่ปรากฏ ข้อมูลตามแบบวัด MOIT ลงในระบบ MITAS ระดับ ๔ หน่วยบริการ ต้องยืนยันการส่งประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา แจกผลคะแนน ITA ให้หน่วยบริการทราบ
รายการข้อมูล ๒	รอบ ๑๒ เดือน ประเมินดังนี้ ระดับ ๑ หน่วยบริการ ต้องเปิดเผยข้อมูลบนเว็บไซต์หลักของหน่วยงาน ระดับ ๒ หน่วยบริการ ต้อง Log in เข้าระบบ MITAS เพื่อเข้าประเมิน ITA ระดับ ๓ หน่วยบริการ ต้องบันทึก URL เว็บไซต์ของหน่วยงานที่ปรากฏ ข้อมูลตามแบบวัด MOIT ลงในระบบ MITAS ระดับ ๔ หน่วยบริการ ต้องยืนยันการส่งประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ ระดับ ๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา มอบเกียรติบัตรให้หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มกฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายปรีชา ณะไชยลักษณ์ นางสาวพัชรินทร์ พงศ์กรเกียรติ



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) – กลุ่มกฎหมาย

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ระดับความสำเร็จ ของหน่วยงานใน สังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่าน เกณฑ์การประเมิน ITA	-	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน เป้าหมายใน รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๘๒ ผล คะแนน หน่วยงาน ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน ITA <u>รอบ ๑๒ เดือน</u>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
					รอบ ๑๒ เดือน เป้าหมายใน รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๙๒ ผล คะแนน หน่วยงาน ผ่าน เกณฑ์การ ประเมิน ITA	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕



ตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สตอ.) – กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager / Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน - การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) - การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคินข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>Blue Book Application</p> <p>โปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย</p> <p>ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$</p>				



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	-	-	๙๓.๕	รอบ ๖ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕	
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕					



ตัวชี้วัดบุคคล (ผอ.รพ./สสอ.) – กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขมีดิจิทัลไอดี เพื่อยืนยันการเป็นผู้ให้บริการ
คำนิยาม	<p>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p>ระบบ Identity provider (IdP) หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มพร้อมพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p>*** ระบบ IdP ของกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการสอดคล้องตามมาตรฐาน และผ่านการพิจารณารับรองจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Transactions Development Agency: ETDA ตาม “ประกาศข้อเสนอแนะมาตรฐานฯ ว่าด้วยการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล” และ ๒. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) หรือ Digital Government Development Agency (Public Organization) (DGA) ตามมาตรฐานรัฐบาลดิจิทัล Digital Government Standard ว่าด้วย แนวทางการจัดทำกระบวนการและการดำเนินงานทางดิจิทัล เรื่องการใช้ดิจิทัลไอดีสำหรับบริการภาครัฐ แล้ว <p>บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ /รายวัน/จ้างเหมาบริการ) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ในหน่วยงานสังกัดกระทรวง</p> <p>สาธารณสุข (กรม เขตสุขภาพ รพศ. รพท. และหน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) ทุกระดับ ทุกสายงาน (อ้างอิงจากระบบฐานข้อมูล HROPS)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๘๐ ของบุคลากรสาธารณสุข มีดิจิทัลไอดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑.) บุคลากรสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุข ทุกจังหวัด (>ร้อยละ ๘๐) (อ้างอิงจากฐานข้อมูลกองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)



วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของบุคลากรสาธารณสุข และของประชาชน ผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่น
แหล่งข้อมูล	๑. หน่วยบริการภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๓. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๔. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่มีดิจิทัลไอดี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นายวรัทธ์ ศิริชา หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผ.รพ./สสอ.) – กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของบุคลากร สาธารณสุขมีดิจิทัล ไอดี เพื่อยืนยันการ เป็นผู้ให้บริการ	๘๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน ๘๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐



ตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

ชื่อตัวชี้วัด	รายละเอียดของการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ
ค่านิยม	<p>๑. ตำแหน่งว่าง หมายถึง ตำแหน่งที่ไม่มีผู้ครองตำแหน่ง ประเภทข้าราชการ และพนักงานราชการทุกสายงาน โดยไม่เกินกรอบอัตรากำลังที่กำหนด</p> <p>๒. ตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง ตำแหน่งว่างประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ตามเงื่อนไข ที่เขตสุขภาพกำหนดให้จังหวัด/หน่วยงาน ดำเนินการบริหารจัดการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น ตำแหน่งว่าง และตำแหน่งว่างที่มีเงื่อนไขการกันตำแหน่ง ได้แก่ บรรจุกลับ บรรจุผู้ได้รับคัดเลือก บรรจุผู้สอบแข่งขัน ยุบรวม/ปรับปรุง การรับเลื่อน/รับย้ายจากเขตสุขภาพอื่น ฯลฯ</p> <p>๓. การบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การดำเนินงานด้านบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีสัดส่วนประเภทกำลังคนและการกระจายตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับภารกิจบริการสุขภาพของหน่วยงาน เพื่อตอบสนองต่อนโยบายยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖</p> <p>๓.๑ มีแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย หมายถึง มีการกำหนดขั้นตอนการบริหารจัดการตำแหน่งว่างของหน่วยงาน เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น การคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น และการเร่งรัดให้หน่วยงานดำเนินการสรรหาและเลือกสรรตำแหน่งว่างพนักงานราชการ</p> <p>๓.๒ มีการดำเนินการตามแผน หมายถึง การดำเนินการตามข้อ ๓.๑ แผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมาย โดยการคัดเลือกบรรจุ การเรียกตัวผู้สอบแข่งขัน การรับย้าย/รับโอน/บรรจุกลับ การแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น การยุบรวม และการกำหนดเป็นสายงานที่มีความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่ ก.พ. กำหนด หรือระเบียบ/ข้อบังคับอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสรรหาบุคลากรมาดำรงตำแหน่งได้ตามเป้าหมายที่กำหนดและความต้องการกำลังคนของหน่วยงาน และบันทึกคำสั่ง/ข้อมูลลงในระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)</p> <p>๓.๓ มีการรายงานผลการดำเนินการตามแผน หมายถึง มีการรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินการตามแผนบริหารตำแหน่งว่างเป้าหมายภายในกำหนด</p> <p>๓.๔ ตำแหน่งว่างลดลงตามเป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ตำแหน่งว่างของบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ ณ วันที่รายงานผลคงเหลือไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด</p>



เกณฑ์เป้าหมาย	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขประเภทข้าราชการและพนักงานราชการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)
แหล่งข้อมูล	ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (HROPS)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำแหน่งทั้งหมด (ข้าราชการ + พนักงานราชการ) ณ วันที่รายงานผล
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานบริหารงานทรัพยากรบุคคล
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานบริหารงานทรัพยากรบุคคล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวอรุษา ศรีประสิทธิ์



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของการ บริหารจัดการ กำลังคนที่มี ประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๔	-	-	-	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ตำแหน่งว่าง น้อยกว่า ร้อยละ ๔	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๖.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๕.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๔.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๓.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๓
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ตำแหน่งว่าง น้อยกว่า ร้อยละ ๓	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๖.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๕.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๔.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๓.๕๐	ต่ำ ตำแหน่ง ว่าง < ๓



ตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานบริหารงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (งบค่าเสื่อม)
คำนิยาม	<p>ผลการดำเนินงานบริหารงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน หมายถึง การดำเนินงานแต่ละขั้นตอน ดังนี้</p> <p><u>รายการครุภัณฑ์</u></p> <p>ขั้นตอนที่ ๑ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครบทุกรายการ ภายใน พ.ย. - ธ.ค. ๖๕</p> <p>ขั้นตอนที่ ๒ ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ม.ค. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๓ ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.พ. - เม.ย. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๔ ตรวจรับเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนตรวจรับเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน พ.ค. - มิ.ย. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๕ เบิกจ่ายเงินแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอน เบิกจ่ายเงินแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.ค. - ส.ค. ๖๖</p> <p><u>รายการสิ่งก่อสร้าง</u></p> <p>ขั้นตอนที่ ๑ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนจัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครบทุกรายการ ภายใน พ.ย. - ธ.ค. ๖๕</p> <p>ขั้นตอนที่ ๒ ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ม.ค. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๓ ทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนทำสัญญาเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.พ. - มิ.ย. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๔ ตรวจรับเรียบร้อยแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอนตรวจรับเรียบร้อยแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.ค. - ส.ค. ๖๖</p> <p>ขั้นตอนที่ ๕ เบิกจ่ายเงินแล้ว หมายถึง ดำเนินการถึงขั้นตอน เบิกจ่ายเงินแล้ว ครบทุกรายการ ภายใน ก.ย. ๖๖</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. รายการครุภัณฑ์ ดำเนินงานถึงขั้นตอนที่ ๕</p> <p>๒. รายการสิ่งก่อสร้าง ดำเนินงานถึงขั้นตอนที่ ๕</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมระบบบริหารจัดการค่าเสื่อม
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



รายการข้อมูล ๑	<p>ระดับความสำเร็จ รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รอบ ๖ เดือน</p> <p>ระดับ ๑ บันทึกแผนงบประมาณ</p> <p>ระดับ ๒ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๑ จัดทำแผนการจัดซื้อจัดจ้าง ครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๓ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๒ ขออนุมัติจัดซื้อ/จ้างแล้ว ครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๔ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๓ ทำสัญญาเรียบร้อยแล้วครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๕ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๓ ครบทุกรายการ และดำเนินการถึง ขั้นตอนที่ ๔ ตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว หรือขั้นตอนที่ ๕ เบิกจ่ายเงิน แล้วบางรายการ</p> <p>ระดับความสำเร็จ รายการครุภัณฑ์และสิ่งก่อสร้าง รอบ ๑๒ เดือน</p> <p>ระดับ ๑ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๑ ครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๒ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๒ ครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๓ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๓ ครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๔ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๔ ครบทุกรายการ</p> <p>ระดับ ๕ ดำเนินการถึงขั้นตอนที่ ๕ ครบทุกรายการ</p>
รายการข้อมูล ๒	-
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>๑. นางมาริษา วุฒิกระพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>๒. นางสาวธัญลักษณ์ ศรีคง นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>เบอร์โทร ๐๘๘-๗๘๘๑๗๕๘</p>



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ระดับความสำเร็จ การดำเนินงาน บริหารงบประมาณ ทางการแพทย์ที่ เบิกจ่ายในลักษณะ งบลงทุน (งบค่าเสื่อม)	NA	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน รายการครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง	บันทึก แผนงบ ค่าเสื่อม	ขั้นตอน ที่ ๑ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๒ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๓ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๓ ทุก รายการ และ ขั้นตอน ที่ ๔,๕ บาง รายการ
					รอบ ๑๒ เดือน รายการครุภัณฑ์ และสิ่งก่อสร้าง	ขั้นตอน ที่ ๑ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๒ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๓ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๔ ทุก รายการ	ขั้นตอน ที่ ๕ ทุก รายการ



ตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการบริหารงบประมาณ
คำนิยาม	ผลการดำเนินงานบริหารงบประมาณ หมายถึง ๑. กระบวนการก่อนนี้ผูกพันและการบริหารสัญญารายการครุภัณฑ์ เงินงบประมาณงบลงทุนประจำปี ๒๕๖๖ ๒. กระบวนการก่อนนี้ผูกพันและการบริหารสัญญา รายการสิ่งก่อสร้าง งบประมาณ ปี ๒๕๖๖
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมติดตามการบริหารงบลงทุน ของกบรส. (งานพัสดุและก่อสร้าง)
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล ๑ กระบวนการก่อนนี้ผูกพัน และการบริหารสัญญา รายการจัดซื้อครุภัณฑ์ เงินงบประมาณงบลงทุน ประจำปี ๒๕๖๖	ระดับความสำเร็จ รายการครุภัณฑ์ รอบ ๖ เดือน ๑.กระบวนการก่อนนี้ผูกพัน รายการจัดซื้อครุภัณฑ์ เงินงบประมาณงบลงทุนประจำปี ๒๕๖๖ ระดับ ๑ ลงนามสัญญาหลังเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ ระดับ ๒ ลงนามสัญญาทุกรายการทันภายในเดือนมีนาคม ๒๕๖๖ บางรายการ ระดับ ๓ ลงนามสัญญาทันภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ ระดับ ๔ ลงนามสัญญาทุกรายการทันภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๖ ระดับ ๕ ลงนามสัญญาทันภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๕ ทุกรายการ
	ระดับความสำเร็จ รอบ ๑๒ เดือน ระดับ ๑ มีการลงนามในสัญญาแล้วทุกรายการ ระดับ ๒ มีการส่งมอบของบางรายการ ระดับ ๓ มีการส่งมอบของครบถ้วนทุกรายการ ระดับ ๔ มีการเบิกจ่ายเงินแล้วบางรายการ ระดับ ๕ มีการเบิกจ่ายเงินครบถ้วนทุกรายการ
รายการข้อมูล ๒ กระบวนการก่อนนี้ผูกพัน และการบริหารสัญญา รายการงบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	ระดับความสำเร็จ รอบ ๖ เดือน ระดับ ๑ ลงนามในสัญญา หลังเดือนเมษายน ๒๕๖๖ ระดับ ๒ ลงนามในสัญญา เดือนเมษายน ๒๕๖๖ ระดับ ๓ ลงนามในสัญญา ภายในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๖ ระดับ ๔ ลงนามในสัญญา ภายในเดือนมกราคม ๒๕๖๖ ระดับ ๕ ลงนามในสัญญา ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๕



	ระดับความสำเร็จ รอบ ๑๒ เดือน ระดับ ๑ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญามากกว่า ๓ งวด ระดับ ๒ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญา ๓ งวด ระดับ ๓ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญา ๒ งวด ระดับ ๔ การบริหารสัญญา งานล่าช้ากว่าสัญญา ๑ งวด ระดับ ๕ การบริหารสัญญา ให้มีการส่งมอบงาน เป็นไปตามงวดงาน งวดเงินตามสัญญา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(ระดับคะแนนรายการที่ ๑+ระดับรายการที่ ๒) / ๒
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทั่วไป (งานพัสดุและก่อสร้าง)
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางอิศราภร มิตรเมือง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ เบอร์โทร ๐๘๑-๙๙๐๙๐๑๔



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ระดับความสำเร็จ การบริหารงบประมาณ เงินงบประมาณ	NA	NA	NA	NA	รอบ ๖ เดือน ๑.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กพัน รายการจัดซื้อ ครุภัณฑ์ เงิน งบประมาณงบ ลงทุนประจำปี ๒๕๖๖	ลงนาม สัญญา หลัง เดือน มีนาคม ๒๕๖๖	ลงนาม ทุก รายการ ทัน ภายใน เดือน มีนาคม ๒๕๖๖	ลงนาม ทัน ภายใน เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖	๔ ลง นาม สัญญา ทุก รายการ ทัน ภายใน เดือน มกราคม ๒๕๖๖	ลงนาม สัญญา ทัน ภายใน เดือน ธันวาคม ๒๕๖๕ ทุก รายการ
					๒.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กพัน และการบริหาร สัญญารายการ งบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา หลัง เดือน เมษายน ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา เดือน เมษายน ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา ภายใน เดือน กุมภาพันธ์- มีนาคม ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา ภายใน เดือน มกราคม ๒๕๖๖	ลงนาม ใน สัญญา ภายใน เดือน ธันวาคม ๒๕๖๕
					รอบ ๑๒ เดือน ๑.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กพัน และการบริหาร สัญญารายการ งบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	มีการลง นามใน สัญญา แล้วทุก รายการ	มีการส่ง มอบ ของบาง รายการ	มีการส่ง มอบ ของ ครบถ้วน ทุก รายการ	มีการ เบิก จ่ายเงิน แล้วบาง รายการ	มีการ เบิก จ่ายเงิน ครบถ้วน ทุก รายการ
					๒.กระบวนการ ก่อนนี้ผู้กพัน และการบริหาร สัญญารายการ งบลงทุน สิ่งก่อสร้างปี ๒๕๖๖	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา มากกว่า ๓ งวด	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา ๓ งวด	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา ๒ งวด	การ บริหาร สัญญา งาน ล่าช้า กว่า สัญญา ๑ งวด	การ บริหาร สัญญา ให้มี การ ส่งมอบ งาน เป็นไป ตาม งาน งวด เงิน ตาม สัญญา



ตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณและก่อหนี้ผูกพันภาพรวมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
คำนิยาม	๑.งบประมาณหมายถึง หมายถึง เงินงบประมาณงบดำเนินงานและงบลงทุนที่หน่วยงานได้รับจัดสรรในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๒.ร้อยละ หมายถึง ร้อยละของงบประมาณที่เบิกจ่ายได้ ณ สิ้นไตรมาส			
เกณฑ์เป้าหมาย	ไตรมาสที่	เป้าหมาย		
		ภาพรวม	งบดำเนินงาน	งบลงทุน
	๑ (๓๑ ธ.ค.๖๑)	๓๔.๐๘	๓๕.๓๓	๒๘.๙๖
	๒ (๓๑ มี.ค.๖๒)	๕๖.๒๔	๕๕.๗๘	๕๘.๑๕
	๓ (๓๐ มิ.ย.๖๒)	๗๕.๐๐	๘๑.๗๖	๘๑.๖๕
๔ (๓๐ ก.ย.๖๒)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑.งาน กลุ่มงานและฝ่ายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ๒.หน่วยงานย่อยในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บข้อมูลเป็นรายเดือน รายไตรมาส และรายปี			
แหล่งข้อมูล	๑. รายงานการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ จากระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐแบบอิเล็กทรอนิกส์ (New GFMS Thai) ๒. โปรแกรมบริหารยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
รายการข้อมูล ๑	A = เงินงบประมาณ			
รายการข้อมูล ๒	B = วงเงิน			
รายการข้อมูล ๓	-			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{เงินงบประมาณงบดำเนินงานและงบลงทุนที่หน่วยงานเบิกจ่าย}}{\text{วงเงินงบประมาณรายจ่ายที่หน่วยงานได้รับจัดสรรทั้งปี}} \times 100$			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา			
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	น.ส.ธาดา ไพโรจน์ .เบอร์ติดต่อ ๐๘๙ ๗๓๖ ๔๑๖๕ E - mail address : thada๒๕๕๖@gmail.com			



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดบุคคล (ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย สสจ.สงขลา)
- กลุ่มงานบริหารทั่วไป

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณและก่อนนี้ผู้กพัฒนาพรวมของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	๕๘.๑๕	๕๖	๕๖	๕๘	รอบ ๖ เดือน (ระบุเป้าหมายในรอบ ๖ เดือน) ๕๘.๑๕	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
	๑๐๐	๙๙. ๙๙	๙๙. ๙๙	๑๐๐	รอบ ๑๒ เดือน ๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager / Caregiver / บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p> <p>การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกๆรอบ ๙ เดือนและ ๑๒ เดือน - การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น) - การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)



เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๒) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมโยงกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</p> <p>Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</p> <p>กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>- สำนักงานผู้สูงอายุ กรมอนามัย คินข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคินข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>Blue Book Application</p> <p>โปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย</p> <p>ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (๓C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan และ Care Plan ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการกองทุน LTC				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan = $(A / B) \times 100$</p>				



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง/PCU/สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาววิญญา นะมาเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๙๕	-	-	๙๓.๕	รอบ ๖ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					รอบ ๑๒ เดือน	≤๘๐	๘๐- ๘๔.๙๙	๘๕- ๘๙.๙๙	๙๐- ๙๔.๙๙	≥๙๕
					๙๕					



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป มีทั้งหมด ๒๑๑ โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์				
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม				
รายการข้อมูล ๓	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$				
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐</p> <p>โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗</p>				



หน่วยงาน รับผิดชอบรายงาน ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ	นางสาววริญญา นมะเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ 30	-	-	-	<u>รอบ ๖ เดือน</u> 30	≤ 16	16- 19.99	20- 24.99	25- 29.99	≥ 30
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> 30	≤ 16	16- 19.99	20- 24.99	25- 29.99	≥ 30



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชน มีหมอประจำตัว ๓ คน
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) หมอประจำตัว ๓ คน หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกคนครอบคลุมมีหมอ ประจำตัว ๓ คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง ๓ คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจาก หมอทั้ง ๓ คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง ๓ คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษา และข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไป อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ</p> <p>หมอคนที่ ๑ คือ อสม. ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงาน ของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. ๑ คน รับผิดชอบประชาชน ๘ - ๑๕ หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคน ๒ และหมอคนที่ ๓</p> <p>หมอคนที่ ๒ คือ หมอสาธารณสุข หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ใน หน่วย บริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุม บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งพยาบาล เกษษกร นักวิชาการสาธารณสุข และ วิชาชีพอื่นๆ มอบหมายพื้นที่ ที่รับผิดชอบ ประชากร ๑,๒๕๐ - ๒,๕๐๐ คน หรือ ๑-๓ หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข และ เชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ ๑ และ หมอคนที่ ๓</p> <p>หมอคนที่ ๓ คือ หมอครอบครัว หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์โดย กำหนดให้ หมอ ๑ คน รับผิดชอบประชากร ๑๐,๐๐๐ คน หรือ ๑-๓ รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับ หมอคนที่ ๑ และ ๒ อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแล ผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ ๑ และ ๒ มีความรู้และทักษะในการ ทำงานดีขึ้น</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๗
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนประชากรในระบบขึ้นทะเบียน
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนที่มีรายชื่อคู่กับ หมอประจำตัว ๓ คน
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวมนมัย แคล้วคลอด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๘ ๙๕๙๗ ๑๗๔๐ หรือ ๐ ๗๔๓๑ ๒๗๐๓



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของ ประชาชน มีหมอ ประจำตัว ๓ คน	๕๗	NA	๔๖.๙๒	๕๑. ๙๓	รอบ ๖ เดือน ๕๗	๔๗	๕๐	๕๓	๕๗	๖๐
					รอบ ๑๒ เดือน ๖๐	๕๐	๕๓	๕๗	๖๐	๖๓



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>๑. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ๐๓ สถานีอนามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม ๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข ๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ - ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การพอกยาสมุนไพร - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก



	<p>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</p> <p>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</p> <p>๑. โรคสตรี: U๕๐ ถึง U๕๒</p> <p>๒. โรคเด็ก: U๕๔ ถึง U๕๕</p> <p>๓. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U๕๖ ถึง U๖๐</p> <p>๔. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U๖๑ ถึง U๗๒</p> <p>๕. โรคและอาการอื่น: U๗๔ ถึง U๗๕</p> <p>๖. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค: U๗๗</p> <p>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๘)</p> <p>๑๑๐๐ ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๑ การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๒ ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๒๐ การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๓ ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๔ การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๐ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๑ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๒ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๓ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านมที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๘ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่นที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๖ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทักหม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๖๐ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๗ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๗๐ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยมณีเวชที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๗๑ การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารท่าด้าน การแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๘ การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๘๐ การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๘๑ การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๘๓)</p> <p>๑๑๑๐๐ การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>๑๑๑๐๑ การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุล โครงสร้างร่างกาย นวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>๑๑๑๐๒ การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>๑๑๑๐๓ การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p>
--	--



	๑๑๐๔	การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)		
	๑๑๐๕	การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)		
	๑๑๑๐	การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)		
	๑๑๑๑	การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่องแป้ง (Low-Carb Diet)		
	๑๑๑๒	การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)		
	๑๑๑๓	การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น		
	๑๑๘๐	การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)		
	๑๑๘๑	การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเรเรกิ เป็นต้น		
	๑๑๘๒	การให้บริการกัวซา (Guasa)		
	๑๑๘๓	การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับ สมดุลร่างกายด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี)		
	๓.	การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล นอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน		
	๑.	โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U๗๘		
	๒.	รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U๗๙		
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙
	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๗	ร้อยละ ๓๙	ร้อยละ ๔๑
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับปฐมภูมิ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม (PERSON/ PROVIDER/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘			



	<p>โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือการส่งจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือการให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘)</p> <p>หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙)</p> <p>หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๐๘๑)</p> <p>หรือบริการการแพทย์ ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๑๐๐ ถึง ๑๑๑๘๓) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่นับรวมรหัส Z</p>
รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘</p> <p>โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือแพทย์แผนจีน ที่มี รหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๗๘ ถึง U๗๙</p> <p>ทั้งนี้ หากมีหัตถการหรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็ไม่นับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)</p>
รายการข้อมูล ๓	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
หน่วยงานรับผิดชอบรายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสร้อยทิพย์ สุขสมานวงศ์ เกษัชกรชำนาญการ



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของประชาชน ที่มารับบริการ ในระดับ ปฐมภูมิได้รับการ รักษาด้วย การแพทย์แผน ไทยและการ แพทย์ทางเลือก	๓๕	๓๕.๙๖	๓๗.๖๕	๓๑.๙๒	รอบ ๖ เดือน ๓๔	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔
					รอบ ๑๒ เดือน ๓๕	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน														
คำนิยาม	<p>อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หมายถึง ความชุกหรือร้อยละของประชาชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป วัดจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p> <p>ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะหรือความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ได้ตอบ ชักถาม จนสามารถประเมิน และตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ พร้อมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่การมีสุขภาพที่ดี และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพต่อผู้อื่นได้</p> <p>ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ประชาชนมีทักษะ (๑) การค้นหาคำตอบที่ต้องการ (๒) การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จำเป็น (๓) การตรวจสอบและทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับมา และ (๔) การประพฤติปฏิบัติโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ความจำเป็น และสามารถสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพกับผู้อื่นได้ (เพื่อให้มีความหมายตรงกับ Health Literacy)</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๖</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๗</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๙</th> <th>ปีงบประมาณ ๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๗๐ (สำรวจ)</td> <td>๗๑</td> <td>๗๒</td> <td>๗๓</td> <td>๗๔ (สำรวจ)</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	๗๐ (สำรวจ)	๗๑	๗๒	๗๓	๗๔ (สำรวจ)
ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐											
๗๐ (สำรวจ)	๗๑	๗๒	๗๓	๗๔ (สำรวจ)											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑) Rapid Survey ๑ ครั้ง ต่อปี โดยการสำรวจจากผู้รับบริการของสถานบริการสุขภาพและชุมชนนาร่อง (ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ) ในระบบแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ๋นใจ”</p> <p>๒) การสำรวจครัวเรือนระดับประเทศ (Household Survey) ทุก ๕ ปี</p>														
แหล่งข้อมูล (ร่าง)	<p>การสำรวจในประชาชนไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ระดับชาติ (ฉบับย่อ ๑๗ คำถาม ปรับปรุงปี ๒๕๖๕) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจจะประเมินทักษะที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น ๕ ระดับ ได้แก่ ทำไม่ได้เลยหรือไม่เคยทำ (๐ คะแนน) ทำได้ยากมาก (๑ คะแนน) ทำได้ยาก (๒ คะแนน) ทำได้ง่าย (๓ คะแนน) และทำได้ง่ายมาก (๔ คะแนน) ทั้งนี้ เกณฑ์ของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอขึ้นไป คือผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕ คะแนนขึ้นไป (ประยุกต์จากเกณฑ์ของ The European Health Literacy Project ๒๐๐๙-๒๐๑๒ ที่อิงเกณฑ์คะแนนมากกว่า ร้อยละ ๖๖ ของคะแนนเต็มของแบบสอบถาม)</p>														
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนผ่านเกณฑ์ (๔.๕ คะแนน)														
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจทั้งหมด														
รายการข้อมูล ๓	-														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$														



หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สสอ./รพ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวจุฑามาส คงสีพุท ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๙-๕๙๖๕๐๖๑ E-mail : Jutamas_palm@hotmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน	ร้อยละ ๗๐	-	-	-	รอบ ๖ เดือน ร้อยละ ๗๐	≤๔๐	๔๐-๔๙	๕๐-๕๙	๖๐-๖๙	≥๗๐
					รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละ ๗๐	≤๔๐	๔๐-๔๙	๕๐-๕๙	๖๐-๖๙	≥๗๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
คำนิยาม	ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี เป็นรายจังหวัดได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)
รายการข้อมูล ๑	$A_{(CL)}$ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
รายการข้อมูล ๒	$B_{(CL)}$ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ
รายการข้อมูล ๓	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติที่ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy $= (A_{(CL)} / B_{(CL)}) \times 100$
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรสาร : ๐ ๗๔๔๔ ๐๖๓๗ E-mail : ncdsongkhla@gmail.com



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้ที่มีผล ผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ๕๐	NA	NA	NA	<u>รอบ ๖ เดือน</u> ๒๕	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> ๕๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐



ตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
คำนิยาม	<p>คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>จำนวนโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป มีทั้งหมด ๒๑๑ โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ มีจำนวน ๑๑,๓๑๒,๔๔๗ คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	รายการตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐
	ภาวะหกล้ม	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์					
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website http://agingthai.dms.moph.go.th)					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม					
รายการข้อมูล ๓	-					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ = $(A/B) \times 100$					
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๗๘๘ ๑๗๖๐ โทรสาร ๐ ๗๔๓๑ ๒๒๓๗					
หน่วยงานรับผิดชอบ รายงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกแห่ง					
ผู้ประสานงาน/ ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวรัญญา นมะเส ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๗๔ ๕๕๙๙ E-mail : waranbaby@gmail.com					



เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดอำเภอ - กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย กระทรวง	จังหวัด			ค่าเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		Base line ปีงบประมาณ				๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓	๖๔	๖๕						
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≥ 30	-	-	-	<u>รอบ ๖ เดือน</u> 30	≤ 16	16- ๑๙.๙๙	20- ๒๕.๙๙	26- ๒๙.๙๙	≥ 30
					<u>รอบ ๑๒ เดือน</u> 30	≤ 16	16- ๑๙.๙๙	20- ๒๕.๙๙	26- ๒๙.๙๙	≥ 30

