



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office

คู่มือตัวชี้วัด

การประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

งานนิเทศประเมิน
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข



**คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

1. คำรับรองระหว่าง

นายขจร วินัยพานิช

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ผู้รับคำรับรอง

และ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ผู้ทำคำรับรอง

2. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา 1 ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2565
3. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนักข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้
4. ข้าพเจ้า นายขจร วินัยพานิช ในฐานะผู้บังคับบัญชาของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้พิจารณาและเห็นชอบกับกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่กำหนดในเอกสารแนบท้ายคำรับรองนี้ และข้าพเจ้ายินดีให้คำแนะนำ กำกับและตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

5. ข้าพเจ้า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ 4 แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ว่าจะมุ่งมั่น ปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ ประชาชน ตามที่ให้คำรับรองไว้
6. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ขจร วินัยพานิช	दनัย ภัทรเชียรสกุล	พิเชษฐ์ ผัดผ่อง
(นายขจร วินัยพานิช) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่	(นายदनัย ภัทรเชียรสกุล) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแพร่	(นายพิเชษฐ์ ผัดผ่อง) สาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่
รุ่งกิจ ปินใจ	พรศรี สิงคะปะ	เฉลิมชัย คุณชมภู
(นายรุ่งกิจ ปินใจ) รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้องกวาง	(นางพรศรี สิงคะปะ) สาธารณสุขอำเภอร้องกวาง	(นายเฉลิมชัย คุณชมภู) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง
วีรพงษ์ ชมภูมิ่ง	นายแสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์	นายศราวุธ นันทวรรณ
(นายวีรพงษ์ ชมภูมิ่ง) สาธารณสุขอำเภอลอง	(นายแสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสูงเม่น	(นายศราวุธ นันทวรรณ) สาธารณสุขอำเภอสูงเม่น
เกรียงศักดิ์ ธนอศวนนท์	สมชาย โลกคำลือ	จิรายุทธ์ พุทธรักษา
(นายเกรียงศักดิ์ ธนอศวนนท์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	(นายสมชาย โลกคำลือ) สาธารณสุขอำเภอเด่นชัย	(นายจิรายุทธ์ พุทธรักษา) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอง

อดิศักดิ์ อากรสกุล	อมรพันธุ์ สมร	กีระติ เวียงนาค
(นายอดิศักดิ์ อากรสกุล)	(นายอมรพันธุ์ สมร)	(นายกีระติ เวียงนาค)
สาธารณสุขอำเภอสอง	รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังชิ้น	สาธารณสุขอำเภอวังชิ้น
ปิยะพงษ์ ทองเพชร	บุญฤทธ อัฐวงศ์	
(นายปิยะพงษ์ ทองเพชร)	(นายบุญฤทธ อัฐวงศ์)	
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่	สาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่	
รุ่งกิจ ปินใจ	เด่น ปัญญานันท์	สง่า วังคะออม
(นายรุ่งกิจ ปินใจ)	(นายเด่น ปัญญานันท์)	(นายสง่า วังคะออม)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	เภสัชกรเชี่ยวชาญ	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)		
พยาน	พยาน	พยาน
สุขจิตตรา วนาภิรักษ์	ประเสริฐ กิตติประภัสร์	พัชรี อรุณราษฎร์
(นางสุขจิตตรา วนาภิรักษ์)	(นายประเสริฐ กิตติประภัสร์)	(นางพัชรี อรุณราษฎร์)
ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
พยาน	พยาน	พยาน

การลงนามในคำรับรองการปฏิบัติราชการ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

1. ความเป็นมาและความสำคัญ

พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 มาตรา 3/1 บัญญัติไว้ว่า “การบริหารราชการต้องเป็นไปเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจของรัฐ ความสำเร็จมีประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า ในเชิงภารกิจแห่งรัฐ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน การลดภารกิจและยุบเลิกหน่วยงานที่ไม่จำเป็น การกระจายภารกิจ และทรัพยากรให้แก่ท้องถิ่น การกระจายอำนาจตัดสินใจ การอำนวยความสะดวกและการตอบสนองความต้องการของประชาชน มีผู้รับผิดชอบต่อผลของงาน การปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่สำคัญยิ่งเพื่อให้การบริหารราชการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในการปฏิบัติหน้าที่ของส่วนราชการต้องใช้วิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งให้คำนึงถึงความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติราชการ การมีส่วนร่วมของประชาชน การเปิดเผยข้อมูล การติดตามตรวจสอบ และประเมินผลการปฏิบัติราชการ ทั้งนี้ตามความเหมาะสมของแต่ละภารกิจ”

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) กำหนดให้ส่วนราชการมีการถ่ายทอดตัวชี้วัด และเป้าหมายระดับองค์การ ลงสู่ระดับหน่วยงาน เพื่อรองรับการบริหารจัดการภายในส่วนราชการเองและระดับบุคคล โดยมีกระบวนการในการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากระดับองค์การสู่ระดับหน่วยงาน และระดับบุคคล ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการดำเนินงาน อย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายของรัฐบาล ที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้ง การเชื่อมต่อการค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” นำพาประเทศไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน โดยกำหนดแนวทางการประเมินผลการปฏิบัติราชการในการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติใน 4 ประเด็น ยุทธศาสตร์หลัก ประกอบด้วย 1) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) และยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) กำหนดตัวชี้วัด ที่สำคัญตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ภายใต้กรอบ 14 แผนงาน 38 โครงการ และ 65 ตัวชี้วัด (กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) และประเด็นสำคัญการตรวจราชการเพื่อให้หน่วยงาน สาธารณสุขทุกระดับนำไปปฏิบัติ โดยบูรณาการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่

จังหวัดแพร่ กำหนดทิศทางการพัฒนาจังหวัดแพร่ ภายใต้จุดเน้นการพัฒนาด้านสุขภาพ ตามประเด็น ยุทธศาสตร์ที่ 4 “ยกระดับพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี ลดความเหลื่อมล้ำ และเสริมสร้างความมั่นคงเพื่อรับรองการเป็น เมืองน่าอยู่” (แผนพัฒนาจังหวัดแพร่ พ.ศ. 2566-2570 : สำนักงานจังหวัดแพร่, 2564)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ได้กำหนดทิศทางการพัฒนาด้านสุขภาพ พร้อมทั้งนำคำรับรอง การปฏิบัติราชการมาเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการที่จะช่วยให้ผู้บังคับบัญชา และผู้รับผิดชอบปฏิบัติงาน เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงาน การพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น เพื่อบรรลุผลงานตามที่กำหนด โดยใช้วิธีการจัดทำข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษร แสดงถึงภาระรับผิดชอบต่อผลงาน อีกทั้งคำรับรอง

การปฏิบัติราชการยังเป็นเครื่องมือของผู้บริหารในการกำกับติดตามหน่วยงานในสังกัดให้ดำเนินงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และยังใช้ประกอบการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนตามหลักคุณธรรมอันเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจในการพัฒนาผลงานของข้าราชการ

นอกจากนั้น สารสนเทศจากการประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการยังเป็นข้อมูลสำคัญของผู้บริหารเพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและนำเสนอให้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ในทุกระดับเพื่อนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนางาน พร้อมทั้งจัดทำแผนงาน โครงการ และใช้เป็นข้อมูลนำเข้าในการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติงานสาธารณสุขในปีงบประมาณต่อไป

แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2565 - 2569)

ฉบับทบทวน 2565

วิสัยทัศน์ (Vision)

องค์กรคุณภาพ ภาครัฐเอื้ออำนวยเข้มแข็ง เพื่อคนแพร่สุขภาพดี

พันธกิจ (Mission)

1. เสริมสร้างการดูแลสุขภาพ และการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีความเข้มแข็ง (PP&P Excellence)
2. พัฒนาองค์กรให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน ยกย่องศักยภาพการให้บริการทุกระดับ (Service Excellence)
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เข้าถึงง่ายและครอบคลุมทุกมิติ (Service Excellence)
4. สร้างองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความสุข (People Excellence)
5. พัฒนาระบบบริหารตามหลักธรรมาภิบาล และพัฒนาระบบเทคโนโลยีให้มีประสิทธิภาพ (Governance Excellence)

เป้าหมาย (Goal)

1. ประชาชนจังหวัดแพร่ สุขภาพดี
2. องค์กรมีคุณภาพ และเจ้าหน้าที่มีความสุข
3. ระบบสุขภาพยั่งยืน

ค่านิยมร่วม (Core Value)

M : Mastery	เป็นนายตัวเอง
O : Originality	เร่งสร้างสิ่งใหม่
P : People Centered Approach	ใส่ใจประชาชน
H : Humility	ถ่อมตนอ่อนน้อม

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
3. พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ
4. เสริมสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน

กลยุทธ์ (Strategy)

1. สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัย
2. ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการปัจจัยเสี่ยง
3. พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ
4. บริหารการเงินการคลังและระบบสนับสนุน
5. พัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดการความรู้และองค์กรแห่งความสุข
6. พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการเผยแพร่สื่อสาร
7. สนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ประเด็นขับเคลื่อน (Driving issues) 2565

1. ผู้สูงอายุ
 - ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ล้ม เสร้า กินข้าวล่า
2. การป้องกันควบคุมโรค
 - treatment coverage
3. การป้องกันควบคุมโรค COVID 19
 - Vaccine Coverage
 - COVID Free setting
4. การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
 - ผู้ป่วยควบคุม ระดับน้ำตาล/ความดันโลหิต เพิ่มขึ้น
 - ลดผู้ป่วยรายใหม่
5. พัฒนาระบบบริการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย
 - ผู้ที่พยายามฆ่าและฆ่าตัวตายสำเร็จ
6. ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงงานผลิตยาสมุนไพร เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ และเป็นแหล่งผลิตกัญชาทางการแพทย์สำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1
7. การพัฒนาระบบ 30 บาท รักษาทุกที่
 - พัฒนาระบบข้อมูล/การเรียกเก็บ
8. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง
 - การกำกับวิกฤตทางการเงิน

9. การพัฒนาระบบทรัพยากรมนุษย์ Human Resources (HR)
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
 - การสร้างสุขให้เจ้าหน้าที่
10. พัฒนาระบบสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัยและปลอดภัย
 - มาตรฐานและการเชื่อมโยงข้อมูล
 - ความปลอดภัยระบบข้อมูล
11. พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ ด้วย 3 หมอ

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ประเด็นขับเคลื่อน และตัวชี้วัด

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี

เป้าประสงค์ (Goal 1) : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัย

ประเด็นขับเคลื่อน : 1 ผู้สูงอายุ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวล่า)

ตัวชี้วัด (KPI 1) : ร้อยละการหกล้มกระดูกหักของผู้สูงอายุลดลงจากปีที่ผ่านมา (ลดลง 30%)

ตัวชี้วัด (KPI 2) : ร้อยละตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ (90)

ตัวชี้วัด (KPI 3) : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (90)

ตัวชี้วัด (KPI 4) : ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (มากกว่า 97.5% ภายใน 4 ปี หรือสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์)

ตัวชี้วัด (KPI 5) : ร้อยละของผู้สูงอายุ มีฟันแท้ใช้งานอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลัง (ร้อยละ 80)

เป้าประสงค์ (Goal 2) : เครือข่ายบริการมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาระดับพื้นที่

กลยุทธ์ที่ 2 ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการปัจจัยเสี่ยง

ประเด็นขับเคลื่อน : 2 การป้องกันควบคุมโรค (treatment coverage)

ตัวชี้วัด (KPI 6) : อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) $\geq$ ร้อยละ 88 ของจำนวนการคาดประมาณของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่

ประเด็นขับเคลื่อน : 3 การป้องกันควบคุมโรค COVID 19

- COVID Free setting

- Vaccine Coverage

ตัวชี้วัด (KPI 7) : ร้อยละของจังหวัดอำเภอ และตำบล มีคณะทำงานขับเคลื่อน(ร้อยละ 100)

ตัวชี้วัด (KPI 8) : ร้อยละของสถานบริการในแต่ละ Setting ผ่านการประเมิน Covid Free setting (ร้อยละ 90)

ประเด็นขับเคลื่อน : 4 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ผู้ป่วยควบคุม ระดับน้ำตาล/ความดันโลหิต เพิ่มขึ้น

- ลดผู้ป่วยรายใหม่

ตัวชี้วัด (KPI 9) : ร้อยละของอำเภอเข้าร่วมกิจกรรม(ร้อยละ100)

ตัวชี้วัด (KPI 10) : ร้อยละของอำเภอมีการใช้ Digital platform ในการสื่อสาร NCDs (ร้อยละ50)

ตัวชี้วัด (KPI 11) : ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกระบวนการสื่ออิเล็กทรอนิกส์(ร้อยละ50)

ตัวชี้วัด (KPI 12) : ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีระดับความดัน/ระดับน้ำตาล อยู่ในเกณฑ์ปกติ(ร้อยละ10)

ประเด็นขับเคลื่อน : 5 พัฒนาระบบบริการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

- ผู้ที่พยายามฆ่าและฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัด (KPI 13) : ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ($\geq$ ร้อยละ 74)

ตัวชี้วัด (KPI 14) : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ต่อแสน ปชก)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

เป้าประสงค์ (Goal 3) : หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ

ประเด็นขับเคลื่อน : 6.ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงงานผลิตยาสมุนไพร เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ

และเป็นแหล่งผลิตกัญชาทางการแพทย์สำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1

ตัวชี้วัด (KPI 15) : ร้อยละของกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร/กัญชามีจำนวนเพิ่มขึ้น(ร้อยละ10)

ตัวชี้วัด (KPI 16) : ร้อยละกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ผ่านมาตรฐาน GAP (ร้อยละ10)

ตัวชี้วัด (KPI 17) : ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (มากกว่าร้อยละ 21.5)

ตัวชี้วัด (KPI 18) : ร้อยละผู้ป่วย Palliative care (Z51.1)ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 5)

ประเด็นขับเคลื่อน : 7 การพัฒนาระบบ 30 บาทรักษาทุกที่

- พัฒนาระบบข้อมูล/การเรียกเก็บ

ตัวชี้วัด (KPI 19) : ร้อยละหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี ขึ้นไป($>$ ร้อยละ 90)

ตัวชี้วัด (KPI 20) : ร้อยละหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดแพร่ สามารถให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เครือข่ายล้านนา 2 (ร้อยละ 100)

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุน

การจัดบริการที่มีคุณภาพ

เป้าประสงค์ (Goal 4) : ระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการมีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 4 บริหารการเงินการคลังและระบบสนับสนุน

ประเด็นขับเคลื่อน : 8 พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง

- การกำกับวิกฤตทางการเงิน

ตัวชี้วัด (KPI 21) : หน่วยบริการระดับอำเภอไม่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6,7 (8 แห่ง)

เป้าประสงค์ (Goal 5) : ระบบบริหารจัดการองค์กรมีคุณภาพและบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ

ตามมาตรฐานวิชาชีพ

กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดการความรู้และองค์กรแห่งความสุข

ประเด็นขับเคลื่อน : 9 การพัฒนาระบบทรัพยากรมนุษย์(Human Resources)

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

-การสร้างสุขให้เจ้าหน้าที่

ตัวชี้วัด (KPI 22):ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา (≥ ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัด (KPI 23) : ร้อยละของบุคลากรที่มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ส่งผลงานเพื่อประเมินเลื่อนระดับ (≥ ร้อยละ 25)

ตัวชี้วัด (KPI 24) :ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของหน่วยงานสู่การนำไปใช้ประโยชน์ (บทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ 10 เรื่อง/ปี)

ตัวชี้วัด (KPI 25) : ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)

ตัวชี้วัด (KPI 26) : ร้อยละของบุคลากรที่มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ส่งผลงานเพื่อประเมินเลื่อนระดับ (≥ ร้อยละ 30)

เป้าประสงค์ (Goal 6) : สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง

ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ

กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการเผยแพร่สื่อสาร

ประเด็นขับเคลื่อน : 10.พัฒนาระบบสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัยและปลอดภัย

- มาตรฐานและการเชื่อมโยงข้อมูล

- ความปลอดภัยระบบข้อมูล

ตัวชี้วัด (KPI 27) : ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital (Smart place ≥1 ข้อ, Smart tool ≥2 ข้อ, Smart service ≥4ข้อ, Smart outcome ≥2ข้อ) ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด (KPI 28) : ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัด (KPI 29) : ร้อยละของสถานพยาบาลมีแผนใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและบริการตามแผนอย่างน้อย 1 บริการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน

เป้าประสงค์ (Goal 7) : ระบบสุขภาพภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง

กลยุทธ์ที่ 7 สนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ประเด็นขับเคลื่อน : 11 พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ ด้วย 3 หมอ

ตัวชี้วัด (KPI 30) .ร้อยละของ PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ(ร้อยละ75)

ตัวชี้วัด (KPI 31) :ร้อยละของประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ร้อยละ60)

ตัวชี้วัด (KPI 32) : ร้อยละของ รพ.สต กลุ่มเป้าหมาย Re accredit ปี 2565 ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว (ร้อยละ 100)

ตัวชี้วัด (KPI 33) : ร้อยละของ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาและยกระดับเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัด (KPI 34) : ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด(ร้อยละ 80)

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน					
ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	พ.ศ. 2568	พ.ศ. 2569
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี					
เป้าประสงค์ (Goal 1) : ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีการจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม					
กลยุทธ์ที่ 1 สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัย					
ประเด็นขับเคลื่อน :1 ผู้สูงอายุ (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวล่า)					
1.ร้อยละการหกล้มกระดูกหักของผู้สูงอายุลดลงจากปีที่ผ่านมา (ลดลง 30% เทียบปี 64= 2.5,1.7,0.8,0.4)	30	30	30	30	30
2. ร้อยละตำบล LTC ผ่านเกณฑ์	90	95	98	100	100
3.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	90	95	98	100	100
4.ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (มากกว่า 97.5% ภายใน 4 ปี หรือสิ้นสุดแผนยุทธ)	97.5	97.5	97.5	97.5	97.5
5.ร้อยละของผู้สูงอายุ มีพื้นที่ใช้งานอย่างน้อย 20 ชี หรือ 4 คูสพพื้นที่	80	90	100	100	100
เป้าประสงค์ (Goal 2) : เครือข่ายบริการมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาระดับพื้นที่					
กลยุทธ์ที่ 2 ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการปัจจัยเสี่ยง					
ประเด็นขับเคลื่อน : 2 การป้องกันควบคุมโรค					
6. อัตราความครอบคลุมของการขึ้น ทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ 88 ของจำนวนการคาดประมาณของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่	88	90	92	94	95
ประเด็นขับเคลื่อน : 3 การป้องกันควบคุมโรค COVID 19					
7.ร้อยละของจังหวัดอำเภอ และตำบล มีคณะทำงานขับเคลื่อน	100	100	100	100	100
8.ร้อยละของสถานบริการในแต่ละ Setting ผ่านการประเมิน Covid Free setting	90	94	96	98	100
ประเด็นขับเคลื่อน : 4 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
9.ร้อยละของอำเภอเข้าร่วมกิจกรรมขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	100	100	100	100	100
10.ร้อยละของอำเภอมีการใช้ Digital platform ในการสื่อสาร NCDs	50	70	100	100	100
11.ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกระบวนการสื่ออิเล็กทรอนิกส์	50	60	70	80	100
12.ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีระดับ ความดัน/ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ	10	20	30	40	50

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	พ.ศ. 2568	พ.ศ. 2569
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี					
เป้าประสงค์ (Goal 2) : เครือข่ายบริการมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาระดับพื้นที่					
กลยุทธ์ที่ 2 ป้องกัน ควบคุมโรค และจัดการปัจจัยเสี่ยง					
ประเด็นขับเคลื่อน : 5 พัฒนาระบบบริการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (ผู้ที่พยายามฆ่าและฆ่าตัวตายสำเร็จ)					
13. ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥74	≥74	≥74	≥74	≥74
14. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อแสนประชากร	≤8	≤8	≤8	≤8	≤8
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด					
เป้าประสงค์ (Goal 3) : หน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด					
กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ/ทุติยภูมิ					
ประเด็นขับเคลื่อน : 6 ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงงานผลิทยาสมุนไพร เป็นแหล่งผลิทยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ และเป็นแหล่งผลิตกัญชาทางการแพทย์สำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1					
15. ร้อยละของกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร/กัญชามีจำนวนเพิ่มขึ้น	10	15	20	25	30
16. ร้อยละกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรและกัญชาทางการแพทย์ผ่านมาตรฐานGAP	10	15	20	25	30
17. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥21.5	≥21.5	≥21.5	≥21.5	≥21.5
18. ร้อยละผู้ป่วย Palliative care (Z51.1) ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	5	10	15	20	25
ประเด็นขับเคลื่อน : 7 การพัฒนาระบบ 30 บาทรักษาทุกที่					
19. ร้อยละหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับดี ขึ้นไป	>90	>90	>90	>90	>90
20. ร้อยละหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ในจังหวัดแพร่ สามารถให้บริการตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ เครือข่ายล้านนา 2	100	100	100	100	100
ประเด็นขับเคลื่อน : 8 พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการระบบการเงินการคลัง					
21. หน่วยบริการระดับอำเภอไม่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 6,7	8	8	8	8	8
เป้าประสงค์ (Goal 5) : ระบบบริหารจัดการองค์กรมีคุณภาพและบุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ					
กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร จัดการความรู้และองค์กรแห่งความสุข					
ประเด็นขับเคลื่อน : 9 การพัฒนาระบบทรัพยากรมนุษย์(Human Resources)					
22. ร้อยละของบุคลากรที่มีความพร้อมรองรับการเข้าสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นได้รับการพัฒนา	≥80	≥80	≥80	≥80	≥80
23. ร้อยละของบุคลากรที่มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ส่งผลงานเพื่อประเมินเลื่อนระดับ	≥25	≥27	≥29	≥31	≥33

ตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมายการดำเนินงาน ปี 2565

ตัวชี้วัด	พ.ศ. 2565	พ.ศ. 2566	พ.ศ. 2567	พ.ศ. 2568	พ.ศ. 2569
24.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของหน่วยงานสู่การนำไปใช้ประโยชน์ (บทความวิจัยได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ 10 เรื่อง/ปี)	10	10	10	10	10
25.ร้อยละ ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของการทำงาน (Happinometer)	70	70	70	70	70
26.ร้อยละของบุคลากรที่มีคุณสมบัติครบตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง ส่งผลงานเพื่อประเมินเลื่อนระดับ	≥30	≥32	≥34	≥36	≥36
เป้าประสงค์ (Goal 6) : สนับสนุนระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่องด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ					
กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศและการเผยแพร่สื่อสาร					
ประเด็นขับเคลื่อน : 10 พัฒนาระบบสารสนเทศที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัยและปลอดภัย					
27.ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital (Smart place ≥1 ข้อ, Smart tool ≥2 ข้อ, Smart service ≥4 ข้อ, Smart outcome ≥2ข้อ)	100	100	100	100	100
28.ร้อยละของสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	80	80	85	90	95
29.ร้อยละของสถานพยาบาลมีแผนใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบบริการและ บริการ ตามแผนอย่างน้อย 1 บริการ	100	100	100	100	100
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 เสริมสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน					
เป้าประสงค์ (Goal 7) : ระบบสุขภาพภาคประชาชนมีความเข้มแข็ง					
กลยุทธ์ที่ 7 สนับสนุนภาคีเครือข่ายสุขภาพ					
ประเด็นขับเคลื่อน : 11 พัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพการแพทย์ปฐมภูมิ ด้วย 3 หมอ					
30. ร้อยละของ PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ	75	80	85	100	100
31. ร้อยละของประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการดูแลโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	60	70	80	100	100
32.ร้อยละของ รพ.สต กลุ่มเป้าหมาย Re accredi ปี 2565 ผ่านเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว	100	100	100	100	100
33.ร้อยละของ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาและยกระดับเป็น อสม.หมอประจำบ้าน ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	80	80	80	80	80
34. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด	80	80	80	80	80

2. วัตถุประสงค์

เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่และหน่วยงานในสังกัดได้แก่ คปสอ. ทั้ง 8 แห่ง ดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาทางด้านสุขภาพของจังหวัดแพร่ โดยการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ การประเมินผลการปฏิบัติราชการให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

3. กรอบการประเมิน

การประเมินผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่และหน่วยงานในสังกัด (คปสอ. 8 แห่ง) ประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพจังหวัดแพร่ โดยอ้างอิงตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ภายใต้กรอบการประเมินผล 2 มิติหลัก คือ มิติภายนอกและมิติภายใน แบ่งน้ำหนักการประเมินผลเป็น 4 ด้าน ดังนี้

มิติภายนอก ได้แก่ 1) มิติด้านประสิทธิผล 2) มิติด้านคุณภาพการให้บริการ
มิติภายใน ได้แก่ 3) มิติด้านประสิทธิภาพ 4) มิติด้านการพัฒนาองค์กร
น้ำหนักรวมคิดเป็นร้อยละ 100 ดังนี้

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงาน	น้ำหนัก (ร้อยละ)
มิติภายนอก (น้ำหนักร้อยละ 70)		
- ด้านประสิทธิผล 11 ตัวชี้วัด (น้ำหนักร้อยละ 60)	1) อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	5
	2) อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการ X-ray ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	5
	3) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	4
	4) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	4
	5) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	4
	6) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	4
	7) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	5
	8) ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	5
	9) ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์	5
	10) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	4

ประเด็นการประเมินผล	ตัวชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงาน	น้ำหนัก (ร้อยละ)
	11) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานผู้สูงอายุ จังหวัดแพร่ ใน 4 ประเด็นจังหวัดแพร่ 2565 (ไม่ ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวล่า)	15
- ประเมินผลสำเร็จของ การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ (2 ตัวชี้วัด น้ำหนักร้อยละ 10)	12) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านเกณฑ์	5
	13) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนา คุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	5
มิติภายใน (ร้อยละ 30)		
- ด้านประสิทธิภาพของ การดำเนินงาน (2 ตัวชี้วัด น้ำหนักร้อยละ 10)	14) ระดับความสำเร็จของ รพ.ที่สามารถกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงโรง พยาบาล	5
	15) ระดับความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณ	5
- ด้านการพัฒนางานองค์กรตาม แนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ (4 ตัวชี้วัด น้ำหนักร้อยละ 20)	16) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย/ R2R ด้านสุขภาพของหน่วยงานสู่การนำไปใช้ ประโยชน์	5
	17) ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการ ดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข	5
	18) ระดับความสำเร็จของการแลกเปลี่ยนข้อมูล ผ่าน NAN API และ HIS Gateway และผ่าน เกณฑ์ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์	5
	19) ร้อยละของสถานพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ คุณภาพข้อมูล	5

4. ความสอดคล้องของตัวชี้วัดผลสำเร็จตามกรอบการประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประกอบด้วยรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัด	ความสอดคล้องของตัวชี้วัด			
	PA	เขต สุขภาพที่ 1	ตรวจราชการ	จังหวัด
1) อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มที่ 1 ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มบุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (กลุ่ม 608) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	✓	✓	✓	✓
2) อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายด้วยการ X-ray ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	
3) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	✓	✓	✓	
4) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	✓	✓	✓	
5) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	✓	✓	✓	
6) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	✓	✓	✓	
7) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี				
8) ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	✓	✓	✓	
9) ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์	✓	✓	✓	
10) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	✓	✓	✓	
11) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ ใน 4 ประเด็นจังหวัดแพร่ 2565 (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวล่ำ)	✓	✓	✓	✓
12) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านเกณฑ์	✓	✓	✓	

ตัวชี้วัด	ความสอดคล้องของตัวชี้วัด			
	PA	เขต สุขภาพที่ 1	ตรวจราชการ	จังหวัด
13) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดิดดาว	✓	✓	✓	
14) ระดับความสำเร็จของ รพ.ที่สามารถกำกับ ติดตามการ ใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล	✓	✓	✓	
15) ระดับความสำเร็จของการเบิกจ่ายงบประมาณ	✓	✓	✓	
16) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย/R2R ด้าน สุขภาพของหน่วยงานสู่การนำไปใช้ประโยชน์	✓	✓	✓	
17) ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงาน องค์กรแห่งความสุข	✓	✓	✓	
18) ระดับความสำเร็จของการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน NAN API และ HIS Gateway และผ่านเกณฑ์ความมั่นคง ปลอดภัยทางไซเบอร์	✓	✓	✓	
19) ร้อยละของสถานพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพ ข้อมูล	✓	✓	✓	

5. วิธีการประเมินผลการดำเนินงาน

การประเมินผลการดำเนินงานรอบที่ 1 ระหว่าง 1 ธันวาคม 2564 – 31 มีนาคม 2565 โดยกำหนดให้ คปสอ. ส่งผลการประเมินตนเองให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ภายในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนเมษายน 2565 ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีแผนการนิเทศงานระหว่างสัปดาห์ที่ 2-3 ของเดือนเมษายน 2565 และดำเนินการ ประเมินเพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานโดยทีมจังหวัดภายในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนเมษายน 2565

การประเมินผลการดำเนินงานรอบที่ 2 ระหว่าง 1 พฤษภาคม 2565 – 31 กรกฎาคม 2565 โดยกำหนดให้ คปสอ. ส่งผลการประเมินตนเองให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ภายในสัปดาห์ที่ 1 ของเดือนสิงหาคม 2565 ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่มีแผนการนิเทศงานระหว่างสัปดาห์ที่ 2-3 ของเดือนสิงหาคม 2565 และดำเนินการ ประเมินเพื่อตรวจสอบผลการดำเนินงานโดยทีมจังหวัดภายในสัปดาห์ที่ 4 ของเดือนสิงหาคม 2565

6. รายละเอียดตัวชี้วัด วิธีการและหลักเกณฑ์การประเมินผล วิธีการติดตามผล

การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ยุทธศาสตร์ที่ : ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี

เป้าประสงค์ : ลดอัตราการป่วยและอัตราการเสียชีวิตของประชาชนจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ประเด็นขับเคลื่อน : สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ตัวชี้วัดที่ 1	อัตราการครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข็มที่ 1 ในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มบุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป (กลุ่ม 608) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีน ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 เข็มที่ 1 อัตรา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2. บุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้ 2.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด 2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.3 โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง) 2.4 โรคหลอดเลือดสมอง 2.5 โรคเมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด 2.6 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) 2.7 โรคอ้วน ได้แก่ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 เข็มที่ 1 อัตรา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 2. บุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้ 2.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด 2.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด 2.3 โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง) 2.4 โรคหลอดเลือดสมอง 2.5 โรคเมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด 2.6 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) 2.7 โรคอ้วน ได้แก่ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 3. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายผ่านโปรแกรมการจัดเก็บและรายงานข้อมูลตามระบบของ MOPH-IC												
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน												
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน												
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (อาจจะมีการปรับเปลี่ยนจำนวนจากทางส่วนกลาง)												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 $A/B \times 100$ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินรอบที่ 1/2564 เป็นผลงานสะสมตั้งแต่เริ่มการฉีดวัคซีน ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2565 ตามเกณฑ์ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 65.00</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 65.00 – 69.99</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 70.00 – 74.99</td><td>3</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 75.00 – 79.99</td><td>4</td></tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ 80</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19	คะแนน	< ร้อยละ 65.00	1	ร้อยละ 65.00 – 69.99	2	ร้อยละ 70.00 – 74.99	3	ร้อยละ 75.00 – 79.99	4	≥ ร้อยละ 80	5
ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19	คะแนน												
< ร้อยละ 65.00	1												
ร้อยละ 65.00 – 69.99	2												
ร้อยละ 70.00 – 74.99	3												
ร้อยละ 75.00 – 79.99	4												
≥ ร้อยละ 80	5												
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลแพร์ รพ.สต./รพช. ทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง												
วิธีรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	ช่วงเวลาประเมิน รอบที่ 1/2564 เป็นผลงานสะสมตั้งแต่เริ่มมีการฉีดวัคซีนโควิด 19 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2565 การประเมินรอบที่ 2 ยังไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงการกำหนดตัวชี้วัดใหม่ ซึ่งจะแจ้งให้ทราบก่อนการประเมินรอบที่ 2												

ตัวชี้วัดที่ 2	อัตราความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีน ได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 เข็มที่ 1 อัตรามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่ม ได้แก่ 1.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน 2.บุคลากรด่านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย 3.ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 4.บุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้ 4.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด 4.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด 4.3 โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง) 4.4 โรคหลอดเลือดสมอง 4.5 โรคมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด 4.6 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) 4.7 โรคอ้วน ได้แก่ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร 5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป 6. กลุ่มนักเรียน นักศึกษา หรือเทียบเท่า ทั้งในระบบ นอกระบบ และไม่ได้เรียนหนังสือที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ถึง 17 ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายได้รับการฉีดวัคซีน COVID-19 เข็มที่ 1 อัตรามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของจำนวนกลุ่มเป้าหมาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน 2. บุคลากรด่านหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย 3. ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 4. บุคคลที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค อายุตั้งแต่ 18 ปี ถึงอายุ 60 ปี ดังนี้ 4.1 โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหอบหืด 4.2 โรคหัวใจและหลอดเลือด 4.3 โรคไตเรื้อรัง ที่อยู่ระยะ 5 ขึ้นไป (ไตวายเรื้อรัง) 4.4 โรคหลอดเลือดสมอง 4.5 โรคมะเร็งทุกชนิด ที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด 4.6 โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)

	4.7 โรคอ้วน ได้แก่ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 100 กิโลกรัม หรือ BMI มากกว่า 35 กิโลกรัม ต่อตารางเมตร 5. หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ขึ้นไป 6. กลุ่มนักเรียน นักศึกษา หรือเทียบเท่า ทั้งในระบบ นอกกระบบ และไม่ได้เรียนหนังสือ ที่มีอายุตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป ถึง 17 ปี												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายผ่านโปรแกรมการจัดเก็บและรายงานข้อมูลตามระบบของ MOPH-IC												
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน												
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีน(อาจจะมีการปรับเปลี่ยนจำนวนจากทางส่วนกลาง)												
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 $A/B \times 100$ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินรอบที่ 1/2564 เป็นผลงานสะสมตั้งแต่เริ่มการฉีดวัคซีน ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2565 ตามเกณฑ์ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 65.00</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 65.00 – 69.99</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 70.00 – 74.99</td><td>3</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 75.00 – 79.99</td><td>4</td></tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ 80</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19	คะแนน	< ร้อยละ 65.00	1	ร้อยละ 65.00 – 69.99	2	ร้อยละ 70.00 – 74.99	3	ร้อยละ 75.00 – 79.99	4	≥ ร้อยละ 80	5
ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับวัคซีนโควิด 19	คะแนน												
< ร้อยละ 65.00	1												
ร้อยละ 65.00 – 69.99	2												
ร้อยละ 70.00 – 74.99	3												
ร้อยละ 75.00 – 79.99	4												
≥ ร้อยละ 80	5												
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลแพร่ รพ.สต./รพช. ทุกแห่ง และโรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง												
วิธีรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	ช่วงเวลาประเมิน รอบที่ 1/2564 เป็นผลงานสะสมตั้งแต่เริ่มมีการฉีดวัคซีนโควิด 19 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2565 การประเมินรอบที่ 2 ยังไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงการกำหนดตัวชี้วัดใหม่ ซึ่งจะแจ้งให้ทราบก่อนการประเมินรอบที่ 2												
หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานโทรศัพท์	นางสาวสุษนะ ภักทรกุลพิสิฐ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทร 096-6810729												

การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ งานป้องกันควบคุมโรควัณโรค

ยุทธศาสตร์ที่ : ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี

เป้าประสงค์ : ยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย

ประเด็นขับเคลื่อน : คัดกรองเพื่อค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

(TB Treatment Coverage)

ตัวชี้วัด	อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ด้วยการ X-ray ปอดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1.ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี 2565 2.ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 2 ปี (ปี 2563 -2564) 3.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 4.บุคลากรสาธารณสุข 5.ผู้ต้องขังในเรือนจำ 6.กลุ่มติดสุรา (ในคลินิกบำบัด) 7.กลุ่มติดสุราเรื้อรังในชุมชน (ไม่เข้าคลินิกบำบัด) 8.ผู้ป่วย COPD อายุมากกว่า 60 ปี และมี BMI น้อยกว่า 18.5 9.ผู้ป่วย DM อายุมากกว่า 60 ปี และมี BMI น้อยกว่า 18.5 10.ผู้ป่วย CKD stage 4-5 อายุมากกว่า 60 ปี และมี BMI น้อยกว่า 18.5 11.กลุ่มผู้สูงอายุ (ไม่มีโรคร่วมขอ 8-10) แต่มี BMI น้อยกว่า 18.5
เกณฑ์เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายได้รับการด้วยการ X-ray ปอด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี 2565 2.ผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคย้อนหลัง 2 ปี (ปี 2563 -2564) 3.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 4.บุคลากรสาธารณสุข 5.ผู้ต้องขังในเรือนจำ 6.กลุ่มติดสุรา (ในคลินิกบำบัด) 7.กลุ่มติดสุราเรื้อรังในชุมชน (ไม่เข้าคลินิกบำบัด) 8.ผู้ป่วย COPD อายุมากกว่า 60 ปี และมี BMI น้อยกว่า 18.5 9.ผู้ป่วย DM อายุมากกว่า 60 ปี และมี BMI น้อยกว่า 18.5 10.ผู้ป่วย CKD stage 4-5 อายุมากกว่า 60 ปี และมี BMI น้อยกว่า 18.5 11.กลุ่มผู้สูงอายุ (ไม่มีโรคร่วมขอ 8-10) แต่มี BMI น้อยกว่า 18.5
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.จากรายงานประจำเดือนตามแบบฟอร์มของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ 2.จากโปรแกรมการจัดการวัณโรคระดับประเทศ NTIP

แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลแพร์ และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง												
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยการ X-ray												
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับการคัดกรอง $A/B \times 100$ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินปีละ 1 รอบ เป็นผลงานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2565 ตามเกณฑ์ดังนี้ <table border="1"> <thead> <tr> <th>ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับการคัดกรอง ด้วยการ X-ray</th><th>คะแนน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 60</td><td>1</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 60.00 – 69.99</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 70.00 – 79.99</td><td>3</td></tr> <tr> <td>ร้อยละ 80.00 – 89.99</td><td>4</td></tr> <tr> <td>≥ ร้อยละ 90</td><td>5</td></tr> </tbody> </table>	ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับการคัดกรอง ด้วยการ X-ray	คะแนน	< ร้อยละ 60	1	ร้อยละ 60.00 – 69.99	2	ร้อยละ 70.00 – 79.99	3	ร้อยละ 80.00 – 89.99	4	≥ ร้อยละ 90	5
ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดได้รับการคัดกรอง ด้วยการ X-ray	คะแนน												
< ร้อยละ 60	1												
ร้อยละ 60.00 – 69.99	2												
ร้อยละ 70.00 – 79.99	3												
ร้อยละ 80.00 – 89.99	4												
≥ ร้อยละ 90	5												
หน่วยงานที่จัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลแพร์ รพ.สต./รพช. ทุกแห่ง												
วิธีรายงาน/ความถี่ในการรายงาน	ช่วงเวลาประเมิน รอบที่ 1/2564 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึงวันที่ 30 มีนาคม 2565												
หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร์												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานโทรศัพท์	นางนงลักษณ์ เกษม ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หมายเลขโทรศัพท์ 091-8568290												

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
คำนิยาม	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I10-I15 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต ครั้งสุดท้าย < 140/90 mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 50
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณียกข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายใน ปีงบประมาณควบคุมได้ดี B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ C1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้ง สุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่ไม่มีค่าระดับความดันโลหิตในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล 2	A2= จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการที่มีระดับความดัน โลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณควบคุมได้ดี B1 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการ C2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการ ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดี 2 ครั้งสุดท้ายติดกันในปีงบประมาณ D2 = จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ที่มารับบริการในสถานบริการ และไม่มีค่าระดับ ความดันโลหิตในปีงบประมาณ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาระเมินผล	12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565

ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :

จาก 43 แพ้ม

A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัญญาชาติไทย)ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3) (1 มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) (3 มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และPERSON. DISCHARGE = 9 (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = 099 (สัญญาชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU(CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg

B1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15(สัญญาชาติไทย) ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3)

C1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON TYPE AREA IN (1และ3) 1 (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง),3(มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)และ PERSON.DISCHARGE="9" (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = 099 (สัญญาชาติไทย)และมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU(CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg

A2 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15(สัญญาชาติไทย) ที่มารับบริการทั้งหมดจากแพ้ม CHRONICFUในปีงบประมาณของหน่วยบริการและมีค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU(CHRONICFU.SBP BETWEEN 50 and 139 mmHg) (CHRONICFU.DBP BETWEEN 50 and 89 mmHg

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
คำนิยาม	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 8 *หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่ 1.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50 3.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5.รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามได้ดี 40
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี B1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบ C1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี D1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด E1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม ในเขตรับผิดชอบ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี F1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
รายการข้อมูล 2	A2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ B2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด

	C2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี D2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด E2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี F2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วมที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) x 100																	
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน																	
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565																		
<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</td><td>ร้อยละ 5</td><td>≥ร้อยละ 10</td><td>≥ร้อยละ 20</td><td>≥ร้อยละ 30</td><td>≥ร้อยละ 40</td></tr></table>							ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ 5	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5													
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ 5	≥ร้อยละ 10	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40													
วิธีการประเมินผล :	จาก 43 แพ้ม A1 : จำนวน ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 (สัญญาติไทย) ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3) 1(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3(มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และPERSON. DISCHARGE = “9” (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = “099” (สัญญาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = “0531610”) ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABTEST - HbAc ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม - HbAc ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม B1 : จำนวน ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ได้รับการวินิจฉัยจาก แพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONICรหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14(สัญญาติไทย) ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3) 1(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง),3(มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON. DISCHARGE = “9” (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = “099” (สัญญาติไทย) A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนที่มารับบริการ จากแพ้ม CHRONIC ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = “0531610”) ระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABTEST - HbAc ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม																	

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ												
คำนิยาม	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบและมารับบริการ												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษานเขตรับผิดชอบ 80												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด												
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด B2= จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) × 100												
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน												
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565													
<table><tr><th>ระดับคะแนน</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ</td><td>ร้อยละ 40</td><td>≥ร้อยละ 50</td><td>≥ร้อยละ 60</td><td>≥ร้อยละ 70</td><td>≥ร้อยละ 80</td></tr></table>		ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5								
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80								
วิธีการประเมินผล :	จาก 43 แฟ้ม A1 : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการประมวลผลจากแฟ้ม CHRONICFU B1 : จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย I10-I15 (สัณฐานวิทยา) ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3) 1(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3(มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)												

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ																
คำนิยาม	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนในเขตรับผิดชอบและมารับบริการรักษาโรคเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการรักษาโรคเบาหวานในเขตที่รับผิดชอบ																
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ 80																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด																
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข																
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการ																
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด B2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) × 100																
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน																
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565																	
<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ</td><td>ร้อยละ 40</td><td>≥ร้อยละ 50</td><td>≥ร้อยละ 60</td><td>≥ร้อยละ 70</td><td>≥ร้อยละ 80</td></tr></table>						ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5												
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับบริการรักษาในเขตรับผิดชอบ	ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70	≥ร้อยละ 80												
วิธีการประเมินผล :	จาก 43 แฟ้ม A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบและมารับบริการประมวลผลจาก แฟ้ม CHRONICFU B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 (สัญญาชาติไทย) ที่อยู่อาศัยใน																

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี												
คำนิยาม	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง (ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD10: E10-E14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการ/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด การตรวจ HbA1c หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C;HbA1c) อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ												
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี 70												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่สัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD10: E10-E14) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการโรคเบาหวาน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด												
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C;HbA1c)อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ A2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดที่ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C;HbA1c)อย่างน้อย 1 ครั้งในปีงบประมาณ												
รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด B2= จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A1/B1) × 100												
ระยะเวลาประเมินผล	12 เดือน												
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565													
<table><tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย1ครั้ง/ปี</td><td>ร้อยละ 30</td><td>≥ร้อยละ 40</td><td>≥ร้อยละ 50</td><td>≥ร้อยละ 60</td><td>≥ร้อยละ 70</td></tr></table>		ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย1ครั้ง/ปี	ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5								
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย1ครั้ง/ปี	ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 50	≥ร้อยละ 60	≥ร้อยละ 70								
วิธีการประเมินผล :	จาก 43 แฟ้ม A1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้มDIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 ที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (1 และ 3) 1(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง), 3(มา												

	อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE= “9” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION= “099” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = “0531601”) A2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนที่มารับบริการ (สัญชาติไทย) จากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ ที่ได้รับการตรวจ HbA1c (LABFU.LABTEST = “0531601”) B1 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัย จากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD,CHRONIC รหัส ICD-10 3 หลักขึ้นต้นด้วย E10-E14 (สัญชาติไทย) ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON,TYPE AREA IN (1 และ 3) 1(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), 3(มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และPERSON. DISCHARGE = “9” (ไม่มีจำหน่าย) PERSON. NATION = “099” (สัญชาติไทย) B2 : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน CHRONICFU และมารับบริการทั้งหมดจากแฟ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ (สัญชาติไทย)																		
เอกสารสนับสนุน :	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี <table><tr><td>อำเภอ</td><td>เมือง</td><td>ร้อง กวาง</td><td>ลอง</td><td>สูงเม่น</td><td>เด่นชัย</td><td>สอง</td><td>วังชิ้น</td><td>หนอง ม่วงไข่</td></tr><tr><td>ปี 64</td><td>58.57</td><td>34.13</td><td>36.46</td><td>16.76</td><td>18.70</td><td>24.60</td><td>35.53</td><td>22.51</td></tr></table>	อำเภอ	เมือง	ร้อง กวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่	ปี 64	58.57	34.13	36.46	16.76	18.70	24.60	35.53	22.51
อำเภอ	เมือง	ร้อง กวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่											
ปี 64	58.57	34.13	36.46	16.76	18.70	24.60	35.53	22.51											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางศิริรัตน์ ภู่อันติกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054 - 511145 โทรศัพท์มือถือ : 084 687 4984 E-mail : sirirat037@gmail.com กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด																		

หมวด	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	30. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษา มีมาตรฐานต่อเนื่อง ลดความรุนแรง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ณ วันรับบริการ ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอในจังหวัดแพร่ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2565 ที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณของจังหวัดที่รับผิดชอบในเขตสุขภาพ จากความชุกที่ได้จากการสำรวจระบาดวิทยาโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 ไตรมาส 3 ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน:					
ปี 2561					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ ร้อยละ 55		
ปี 2562					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ ร้อยละ 63		
ปี 2563					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	-	-	≥ ร้อยละ 68		
ปี 2564					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 36	ร้อยละ 54	≥ ร้อยละ 71		
ปี 2565					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
-	ร้อยละ 37	ร้อยละ 56	≥ ร้อยละ 74		
วิธีการประเมินผล :	1. กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัดในเขตสุขภาพ จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประมวลผลข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)				
เอกสารสนับสนุน :	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2562	2563	2564
	ร้อยละการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด	ร้อยละ	65.29	74.85	87.6
ผู้ให้ข้อมูลทวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาววิชุดา วงศ์ดาว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5451 1145 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 06 1368 6305 โทรสาร : 0 5452 3313 E-mail : nyxnan.witchu@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	1. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาววิชุดา วงศ์ดาว โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5451 1145 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 06 1368 6305 โทรสาร : 0 5452 3313 E-mail : nyxnan.witchu@gmail.com				

การแสดงผลใน HealthKPI	☒ หน่วยงานส่วนกลาง ชื่อหน่วยงาน : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล : นางสาวอภาวลี วงศ์เจริญ ตำแหน่ง : นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 02 5908030 โทรศัพท์มือถือ : 08 4060 0684 โทรสาร : 02 149 5524 E-mail : psd.mhs4@gmail.com ☐ เขตสุขภาพ ☒ สสจ. ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ชื่อ-สกุลผู้รายงานผล : นางสาววิชุดา วงศ์ดาว ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5451 1145 ต่อ 304 โทรศัพท์มือถือ : 06 1368 6305 โทรสาร : 0 5452 3313 E-mail : nyxnan.witchu@gmail.com
----------------------------------	--

รายละเอียดตัวชี้วัด MOU : ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์
 ประเด็นขับเคลื่อน : ส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงงานผลิตยาสมุนไพร เป็นแหล่งผลิตยาสมุนไพรที่มีคุณภาพ
 และเป็นแหล่งผลิตยา姑療法ทางการแพทย์สำหรับสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1

หมวด 4 Excellence	2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่ (กระทรวง)	6. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่ (กระทรวง)	17. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์
คำนิยาม	1. ยา姑療法 หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา 2. Palliative care ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD10 Z51.5)

เกณฑ์เป้าหมาย

รายการ	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ 2. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศ รายงานการสั่งใช้กัญชาทางการแพทย์และรายงานความปลอดภัยจากการใช้กัญชาทางการแพทย์ (HPVC/AUR/SAS) โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และระบบรายงาน C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข 2. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)
รายการข้อมูล 1	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ A1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์
รายการข้อมูล 2	ผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ B1 = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ป่วย Palliative care ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ = $(A1/B1) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2565

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 3		ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 5

เกณฑ์การให้คะแนน					
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5
ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ได้รับการรักษาด้วยยากี่ญาทางการแพทย์					
การประเมินรอบ 6 เดือน (ร้อยละ 3)	< 1 %	≥ 1 %	≥ 2 %	≥ 2.5 %	≥ 3 %
การประเมินรอบ 12 เดือน (ร้อยละ 5)	< 2 %	≥ 2 %	≥ 3 %	≥ 4 %	≥ 5 %
วิธีการประเมินผล :	1. คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC)				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) 2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ.2562 3. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทร 054 511145 ต่อ 103				

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี									
คำอธิบายตัวชี้วัด เป็นตัวชี้วัดที่อธิบายถึงความสำเร็จ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนา ศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแล สุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม									
ชื่อผู้รับผิดชอบ นางพิมพ์ใจ สีขาว									
สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของ สสจ.แพร่ ที่ 4									
น้ำหนัก 40									
วัตถุประสงค์ 1. พัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี									
ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 1. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน 2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัฟง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) ครอบครัวทุกหมู่บ้าน/ชุมชน									
วิธีการจัดเก็บข้อมูล จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. โดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net เกณฑ์การให้คะแนน <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">รายการข้อมูล 1</td> <td style="padding: 5px;">จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาศักยภาพและยกระดับเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">รายการข้อมูล 2</td> <td style="padding: 5px;">จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">รายการข้อมูล 3</td> <td style="padding: 5px;">จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">รายการข้อมูล 4</td> <td style="padding: 5px;">จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย</td> </tr> </table>		รายการข้อมูล 1	จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาศักยภาพและยกระดับเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	รายการข้อมูล 2	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	รายการข้อมูล 3	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	รายการข้อมูล 4	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
รายการข้อมูล 1	จำนวน อสม. กลุ่มเป้าหมายมีการพัฒนาศักยภาพและยกระดับเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี								
รายการข้อมูล 2	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน								
รายการข้อมูล 3	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี								
รายการข้อมูล 4	จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย								
คำอธิบาย/สูตรการคำนวณ 1. ร้อยละ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน $= (\text{รายการข้อมูล 1} / \text{รายการข้อมูล 2}) \times 100$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี									

= (รายการข้อมูล 3/รายการข้อมูล 4) X 100

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

คะแนนระดับ 1		คะแนนระดับ 2		คะแนนระดับ 3		คะแนนระดับ 4		คะแนนระดับ 5	
1. มีการประชุมชี้แจงแนวทางและนโยบายงานภาคประชาชนสู่การปฏิบัติแก่ผู้รับผิดชอบระดับตำบล		มีการจัดทำแผนการอบรมแผนพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน ที่ชัดเจนตามงบประมาณที่ได้รับ		มีการดำเนินงานตามแผนการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพและยกระดับ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน ตามหลักสูตรการอบรมของกรม สบส. และ อสม. ที่ผ่านอบรมเป็น อสม. หมอประจำบ้าน ปี 2565 ได้รับประเมินคุณภาพของ อสม. หมอประจำบ้าน ตามเกณฑ์ ร้อยละ 100 ตามเป้าหมายของแต่ละอำเภอ		ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. หมอประจำบ้าน มีบทบาทเป็นพี่เลี้ยง อสค. ในการดูแลสุขภาพทุกครอบครัว		ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผ่านการประเมินคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 80	
2. พื้นที่มีฐานข้อมูลของ อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพและยกระดับเป็น อสม. หมอประจำบ้าน								2. อสม. หมอประจำบ้านและผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการส่งเสริมคุณภาพที่ครบทุกมิติ อำเภอและ 1 แห่ง	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน			Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			data		2562	2563	2564		
			8 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	-	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		1. นางพิมพ์ใจ สีขวา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054-511145 โทรศัพท์มือถือ : 0642865436 E-mail : po_pimchai@hotmail.co.th							

หมายเหตุ : หลักฐานประกอบ ระดับ 5

1. หลักฐาน ฐานข้อมูล อสม. หมอประจำบ้าน
2. หลักฐานการประเมิน อสม. หมอประจำบ้าน ที่ผ่านการอบรม ร้อยละ 100
3. หลักฐานการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 100
4. หลักฐานเชิงประจักษ์ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 100

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ 4 ประเด็น ปี 2565
(ไม่ล้ม, ไม่ล้ม, ไม่ซึมเศร้า, กินข้าวได้)

มาตรการสำคัญ

1. การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

- 1.1 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล 10 กลุ่มโรค
- 1.2 สสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน
- 1.3 การเฝ้าระวังการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (ประเด็นเน้นหนักและ Big Rock เขตสุขภาพที่ 1)

(ให้ครบภายในไตรมาส 2)

2. จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan)

- 2.1 จัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี
 - จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan)
 - สื่อสาร องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันการลัดตกหกล้ม / สมองเสื่อม/สุขภาพจิต / สุขภาพช่องปาก ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน
- 2.2 จัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - จัดทำแผนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan)
 - ดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์

3. ขับเคลื่อนกิจกรรมงานผู้สูงอายุ 4 ประเด็น

3.1 ประเด็นไม่ล้ม

- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม (นโยบายมุ่งเน้นเขตสุขภาพที่ 1 - PPA.65)
- แผนการดูแลสุขภาพตนเองตาม Fall Risk Assessments --> Health Behavior Change / Environment Management
- การส่งต่อเข้ารับบริการแก้ไขปัญหา(คลินิกผู้สูงอายุ) และปรับปรุง/แก้ไข(องค์กรชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

3.2 ประเด็นไม่ซึม

- จัดกิจกรรมฝึกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- รณรงค์เรื่องไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ในผู้สูงอายุ เพราะการสูบบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 5 เท่า

3.3 ประเด็นไม่ซึมเศร้า

- คัดกรองโรคซึมเศร้า (3Q) ในผู้สูงอายุ
- ติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q ในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
- ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

การประเมินผลรอบ 6 เดือน

ผลการดำเนินงาน	คะแนน
0 - 0.99	1
1.00 - 1.99	2
2.00 - 2.99	3
3.00 - 3.99	4
≥ 4	5

หมายเหตุ สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรอง 10 กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรอง 10 กลุ่มโรค

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่

ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ตาม HDC

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้ม

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองพลัดตกหกล้ม ตามงบ PPA

B = จำนวนผู้สูงอายุตามเป้าหมายงบ PPA

1. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (พิจารณาจากข้อมูลใน HDC : ประเด็นเสี่ยงต่อการหกล้ม ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี ตามแบบรายงานการคัดกรองโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผ่าน application Blue Book online โดยภาพรวมแต่ละอำเภอมีเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่า 10% และในจำนวนนี้ ต้องมีการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลด้านสุขภาพ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ทุกข้อๆละ 50% ถึงจะถือว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละการจัดทำ IWP / Easy Wellness Plan ในผู้สูงอายุที่มี ADL ≥ 12 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ไม่ผ่านเกณฑ์

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan)

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละการจัดทำ Care Plan ในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง(ADL 0-11)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในอำเภอ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 6 ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงประเด็นไม่ล้มได้รับการส่งต่อข้อมูลให้กับอปท.หรือสถานบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงหกล้มได้ส่งข้อมูลให้อปท.หรือสถานบริการสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมหรือส่งต่อรักษาในโรงพยาบาล

B = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงหกล้ม

ตัวชี้วัดย่อยที่ 7 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงแฟ้ม dental

B = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีในเขตรับผิดชอบ

รอบ 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน(ก)					น้ำหนัก คะแนน (ข)	ผลงาน(ค) $\frac{=ก \times ข}{100}$	แหล่งข้อมูล
		1	2	3	4	5			
1	อุบัติการณ์หกล้ม ICD10 w00-w19 ลดลงเทียบปีที่ผ่านมา	<7%	7 - 7.99%	8 - 8.99 %	9 - 9.99 %	> 10%	40		IS online (lcd10 w00-w19)
2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงบริการรา	<10%	10 - 19.99%	20 - 29.99 %	30 - 39.99 %	≥ 40%	15		รายงานพื้นที่
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	<60%	60 - 64.99%	65 - 69.99 %	70 - 74.99 %	≥ 75%	15		ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)
4	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป	< 50	50.0 - 59.99	60.00 - 69.99	70.00 - 79.99	≥ 80	15		การสำรวจ/ HDC กลุ่มรายงาน มาตรฐาน >> OHSP ข้อ18.11
5	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินหลังการดูแลตาม CP รอบ 9 เดือน	80%	85%	90%	95%	100%	15		LTC Program report สปสช/กรม อนามัย
ผลการดำเนินงาน(ง)									ผลรวมของผลงาน ข้อที่1-5)

การประเมินผล รอบ 12 เดือน

ผลการดำเนินงาน (ง)	คะแนน
0 - 0.99	1
1.00 - 1.99	2
2.00 - 2.99	3
3.00 - 3.99	4
≥ 4	5

หมายเหตุ สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 อุบัติการณ์หกล้ม ICD10 w00-w19 ลดลงเทียบกับปีที่ผ่านมา

สูตรคำนวณ

อุบัติการณ์หกล้ม ICD10 w00-w19 ของอำเภอ ลดลงเทียบกับปีที่ผ่านมาจากแหล่งข้อมูล IS online (lcd10 w00-w19)

Fracture อัตรา ผสอ.หกล้มกระดูกหักปีปัจจุบันที่ใช้คำนวณลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา คือ =

A หมายถึง อัตราร้อยละผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหัก ในปี 63 / จำนวนผู้สูงอายุของอำเภอนั้นๆ x 100

B หมายถึง อัตราร้อยละผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหัก ในปี 64 / จำนวนผู้สูงอายุของอำเภอนั้นๆ x 100

สูตรคำนวณ = $(A-B) \times 100 / A$

A ข้อมูลอัตราร้อยละจำนวน ผสอ. หกล้มกระดูกหัก ปี 63

B ข้อมูลอัตราร้อยละจำนวน ผสอ. หกล้มกระดูกหัก ปี 64

ตัวหาร (A) ใช้เทียบกับปีที่ผ่านมาคือปี 63

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก

ผู้สูงอายุ

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

สูตรการคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

B = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการประเมินด้วย 9Q และ 8Q

ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

B = จำนวนผู้สูงอายุที่สำรวจ ทั้งหมด

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินหลังการดูแลตาม CP รอบ 9 เดือน

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในอำเภอบึงสามพัน

หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน

ผู้ประสานงาน

ไม่ล้ม : นายภวัต อารินทร์ / นายเสกสรรค์ ช้างเขียว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไม่ลืม : นายเสกสรรค์ ช้างเขียว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ / นางสาววิชุดา วงศ์ดาว กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อฯ

ไม่ลืมเศร้า : นางสาววิชุดา วงศ์ดาว กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อฯ

กินข้าวล่ำ : นางอรรณพ บุระตะ/นางภัสรา ประจักษ์แจ้ง กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

ภาคผนวก

1.ประเด็นไม่ล้น

ตัวชี้วัด อัตราพลัดตกหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุ ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

- ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรอง 10 กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ
- ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้ม (HDC & PPA Format)
- ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์
- ร้อยละการจัดทำ IWP / Easy Wellness Plan ในผู้สูงอายุที่มี ADL ≥ 12 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์

คำนิยาม

อัตราการพลัดตกหกล้มกระดูกหัก หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มและมีภาวะกระดูกหักทุกประเภท โดยผู้สูงอายุที่หกล้มกระดูกหักที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยและบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) ด้วยรหัส ICD10 w00-w19 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ความครอบคลุมการคัดกรอง 10 กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด CVD (cardio vascular disease) โรคสุขภาพช่องปาก สมองเสื่อม AMT โรคซึมเศร้า ๒Q โรคข้อเข่าเสื่อม การเฝ้าระวังภาวะหกล้ม (TUGT) ในผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะโภชนาการ (BMI) แหล่งข้อมูล Health data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> การคัดกรองผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง

ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม (HDC & PPA Format) หมายถึง 1. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (พิจารณาจากข้อมูลใน HDC : ประเด็นเสี่ยงต่อการหกล้ม ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด) และ 2. ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี ตามแบบรายงานการคัดกรองโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 (ประเด็นเน้นหนักและ Big Rock เขตสุขภาพที่ 1) ใช้ระบบรายงานผ่าน google sheet 2 sheet ได้แก่ (1) Fall Risk Assessment 10 ข้อ และ (2) Modify THAIFRAT 11 ข้อ โดยภาพรวมระดับอำเภอต้องมีการผลความครอบคลุมการคัดกรองผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- แบบรายงาน Google Sheet งวดมีนาคม 2565 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ส่ง สปสช.เขต 1 เชียงใหม่

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผ่าน application Blue Book online โดยภาพรวมแต่ละอำเภอมีเป้าหมาย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ไม่นต่ำกว่า 10% และในจำนวนนี้ ต้องมีการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่

ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลด้านสุขภาพ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ทุกข้อๆละ 50% ถึงจะถือว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน /ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์
2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง)
7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8
8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- Web สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Application Blue Book Online load data เพื่อการ Monitoring สำหรับ admin เขตและจังหวัด

การจัดทำ IWP / Easy Wellness Planในผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล ในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 70-79 ปีขึ้นไป ที่มีผลการประเมินพบความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตามแบบประเมิน Fall Risk Assessment 10 ข้อมีความเสี่ยง 5 ข้อขึ้นไป ได้แก่

- 1.เดินสะดุดพื้น หรือเดินสะดุดสิ่งของ (ไม่ถึงกับหกล้ม แต่ยังทรงตัวได้)
- 2.ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และยังรับประทานยารักษาต่อเนื่อง
- 3.มีอาการวิงเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด ในขณะที่เปลี่ยนท่าทาง ลูก-นั่ง ก้ม-เงย
- 4.ปวดเข่า หรือมีโรคข้อเข่าเสื่อม หรือโรคเกี่ยวกับข้อเข่าทำให้เดินลำบาก เดินไม่สะดวก
- 5.มีอาการเดินเซ หรือบางครั้งเดินชนโต๊ะ ชนเก้าอี้ หรือเดินชนสิ่งของภายในบ้าน/นอกบ้าน
- 6.ยืนยกขาข้างเดียวไม่ได้
- 7.เคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
- 8.ขาอ่อนแรง หรือมีคนช่วยประคองขณะเดิน หรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ไม้สามขา วอล์คเกอร์
- 9.มีรูปร่างที่ผอม ค่อนข้างผอม หรือรูปร่างบอบบาง
- 10.มีความผิดปกติของสายตา หรือเริ่มมองเห็นของไม่ชัด

ต้องได้รับการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล และส่งผู้สูงอายุกลุ่มเข้ารับการดูแลฟื้นฟูสภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางกายเพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- แบบรายงาน Google Sheet งดมีนาคม 2565 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ส่ง สปสช.เขต 1 เชียงใหม่

ข้อมูลย้อนหลังจังหวัดแพร่

ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม

อำเภอ	ปี		
	2562	2563	2564
เมืองแพร่	2,155	1,998	1,861
ร้องกวาง	483	498	492
ลอง	330	346	337
สูงเม่น	653	620	565
เด่นชัย	389	390	344
สอง	384	404	388
วังชิ้น	505	459	417
หนองม่วงไข่	260	232	225
ผลรวมทั้งหมด	5,159	4,947	4,629

ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูล ผู้สูงอายุแยกรายอำเภอ

อำเภอ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เมืองแพร่	23,916	24,918	25,887
ร้องกวาง	8,570	8,999	9,444
ลอง	10,464	10,942	11,410
สูงเม่น	16,744	17,079	17,762
เด่นชัย	6,081	6,389	6,674
สอง	9,464	9,910	10,362
วังชิ้น	8,386	8,784	9,270
หนองม่วงไข่	3,777	3,944	4,073
รวม	87,402	90,965	94,882

ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ ต.ค. 2564

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

นิยาม

1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัยประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ / มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล/มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปลอดภัยการจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถใน ก า ร ป ร ะ ก อ บ กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี

วัตถุประสงค์

เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล / ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุก อำเภอ ตำบล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C)

3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

แหล่งข้อมูล

- Blue Book Application กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย

หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ระบบโปรแกรม Long Term Care(สปสช.)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/E) x100

หมายเหตุ $A = (B+C+D) / 100$

A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565

B = จำนวนตำบลใหม่ que ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565

C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564

D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565

ข้อมูลย้อนหลังจังหวัดแพร่

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
87.14 (6องค์กรประกอบ)	84.62(7 องค์กรประกอบ)	87.34 (4องค์กรประกอบ)	97.44 (6องค์กรประกอบ)

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

คำนิยาม

1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุก รายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือ คัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) **** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรม อนามัย

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65 ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่าน คณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติ รายงาน Care Plan ตามระบบ โปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย

การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรม อนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและ เป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

แหล่งข้อมูล

- Blue Book Application กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข

- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย

หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x100

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC

หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน

ข้อมูลย้อนหลังจังหวัดแพร่

ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
99.88	93.10	95.57
(ผลย.สิทธิ UC ใน ตำบลโครงการ LTC)	(ผลย.สิทธิ UC ในตำบล โครงการ LTC)	ผลย.ทุกสิทธิ

เอกสารสนับสนุน :

- Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C)
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)
- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.ประเด็นไม่ลืม

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric

Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)

การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม

จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11,312,447 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

แหล่งข้อมูล Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <http://agingthai.dms.moph.go.th>)

สูตรคำนวณ

ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

$$= (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40

วิธีการประเมินผล :

1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

3.ประเด็นไม่ซึมเศร้า

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x

เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่

1. คัดกรองโรคซึมเศร้า (3Q) ในผู้สูงอายุ
2. ติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q ในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
3. ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้สูงอายุ

(ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> การคัดกรองผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง)

อำเภอ	ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)			จำนวนผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ผิดปกติ		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เมือง	97.15	95.37	95.46	16	43	206
ร้องกวาง	93.40	98.66	93.71	6	43	11
ลอง	85.48	96.59	88.39	34	81	34
สูงเม่น	95.35	95.84	97.48	26	11	109
เด่นชัย	90.31	96.59	97.12	12	16	4
สอง	90.35	96.55	97.04	14	4	4
วังชิ้น	93.32	95.70	93.72	90	24	32
หนองม่วงไข่	98.12	98.58	97.54	7	25	23
รวม	93.75	96.31	95.02	205	247	423

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้สูงอายุ

- ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> การคัดกรองผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน

9Q และ 8Q

- รายงานการติดตามประเมินสุขภาพจิตจากพื้นที่

2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

- ข้อมูลจาก HDC >> กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช >> ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

- รายงานการติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากพื้นที่

สูตรการคำนวณ

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน

9Q และ 8Q

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่ได้รับ

การคัดกรองโรคซึมเศร้า (3Q) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ

B = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่ได้รับการคัดกรองโรค

ชิมเศร้า (3Q) แล้วพบว่ามิแนวโน้มที่จะเป็นโรคชิมเศร้า

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

B = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการประเมินด้วย 9Q และ 8Q

รอบการประเมิน

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q (รอบ 6 เดือน)
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit (รอบ 12 เดือน)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน (เดือน ต.ค.64- มี.ค.65)	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน (เดือน ต.ค.64-ส.ค. 65)
-	มี.ค.2565	-	ส.ค.2565

แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบการประเมิน

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q
 - รายงานการติดตามประเมินสุขภาพจิตจากพื้นที่
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit
 - ข้อมูลจาก HDC >> กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช >> ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ
 - รายงานการติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากพื้นที่

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นางสาววิชุดา วงศ์ดาว เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

โทรศัพท์มือถือ : 061-3686305 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-54511-145 ต่อ 304

E-mail : nyxnan.witchu@gmail.com

4.ประเด็นกันข่าวล่า

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

ฟันแท้ หมายถึง จำนวนซี่ฟันแท้ที่ใช้งานได้ (ไม่นับรวมกรณีเหลือแต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอน หรือฟันโยกตั้งแต่ 3 degree ที่ต้องถอน)

คู่สบฟันหลัง หมายถึง คู่สบฟันกรามน้อย และ/หรือฟันกราม ทั้งฟันแท้และฟันเทียม ซ้าย-ขวา รวมกันอย่างน้อย 4 คู่สบขึ้นไป

มาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไร้รอยต่อในพื้นที่ อำเภอละอย่างน้อย 1 PCU/NPCU ให้มีการดูแลผู้สูงอายุผสมผสาน ทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ตามความจำเป็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1. ส่งเสริมทันตสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี
 - 1.1 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการรวมกลุ่มเชิงสังคม/กิจกรรมในชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ
 - ฝึกทักษะการแปรงฟันคุณภาพด้วยสูตร 2-2-2 และใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับทำความสะอาดซอกฟัน
 - การบริหารช่องปากและใบหน้า (Kenkobi)
 - ละคร 80:20 ผู้สูงอายุ 80 ปี มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่
 - 1.2 ประเมิน/ตรวจคัดกรอง/เฝ้าระวังสภาวะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
 - 1.3 พัฒนาช่องทางสื่อสาร พัฒนา สื่อ องค์กรความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 1.4 จัดทำแผนการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ (Wellness Plan)
 - 1.5 เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งส่งเสริมป้องกัน รักษาฟันฟู ตามความจำเป็น
2. ส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Intermediate Care in Community & Long Term Care)
 - 2.1 จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community & Long Term Care ในชุมชน
 - 2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร (ทันตแพทย์ ทันตภิบาล สหวิชาชีพ CM, CG, อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข)
 - 2.3 ขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

2. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

2.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

(ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสภาพช่องปาก >> OHSP ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ข้อ 17.23)

Base line data	หน่วยวัด	อำเภอ	ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		
			ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
36.79	ร้อยละ	เมือง	56.06	63.91	62.61
		ร้องกวาง	14.95	17.82	15.65
		ลอง	28.44	26.60	22.30
		สูงเม่น	32.97	27.10	20.31
		เด่นชัย	28.17	31.16	20.65
		สอง	28.18	37.99	19.64
		วังชิ้น	76.60	82.73	70.68
		หนองม่วงไข่	38.73	56.36	26.80
		จังหวัดแพร่	40.56	44.32	36.79

2.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

Base line data	หน่วยวัด	อำเภอ	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป		
			ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
78.29	ร้อยละ	เมือง	73.63	79.27	79.15
		ร้องกวาง	83.00	66.41	64.19
		ลอง	76.50	82.29	85.24
		สูงเม่น	83.43	64.35	75.29
		เด่นชัย	83.56	65.34	64.19
		สอง	68.10	81.56	64.05
		วังชิ้น	77.23	77.92	84.30
		หนองม่วงไข่	72.00	86.13	82.33
		จังหวัดแพร่	76.36	76.90	78.29

หมายเหตุ ข้อมูลปี 2562 จาก การสำรวจสภาวะและพฤติกรรมทันตสุขภาพในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

ข้อมูลปี 2563-2564 จาก HDC ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ 18.11

3. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

3.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลจาก HDC >> รายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก
ข้อ 17.23

3.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

ข้อมูลโดยการสำรวจสภาวะและพฤติกรรมทันตสุขภาพในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยรพ.สต./รพ.ออกเก็บข้อมูลและ
ลงข้อมูลในโปรแกรมสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงเดือน เมษายน - กรกฎาคม 2565 หรือ HDC >> รายงานมาตรฐาน >>
ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ 18.11

4. สูตรการคำนวณ

4.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงแฟ้ม dental

B = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีในเขตรับผิดชอบ

4.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

B = จำนวนผู้สูงอายุที่สำรวจ ทั้งหมด

5. รอบการประเมิน

5.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(ประเมินรอบ 6 เดือน)

5.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป (ประเมินรอบ 12 เดือน)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน (เดือน ต.ค.64- มี.ค.65)	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน (เดือน ต.ค.64-ส.ค. 65)
-	มี.ค.2565	-	ส.ค.2565

6. เกณฑ์การให้คะแนน

6.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก			
คะแนนจากการประเมิน รอบ 6 เดือน		คะแนนจากการประเมิน รอบ 12 เดือน	
คะแนนเต็ม	5 คะแนน	คะแนนเต็ม	คะแนน
น้อยกว่าร้อยละ 6.25	1 คะแนน	-	-
6.25 - 12.49	2 คะแนน	-	-
12.50 - 18.74	3 คะแนน	-	-
18.75 - 24.99	4 คะแนน	-	-
≥ ร้อยละ 25	5 คะแนน	-	-

6.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป			
คะแนนจากการประเมิน รอบ 6 เดือน		คะแนนจากการประเมิน รอบ 12 เดือน	
คะแนนเต็ม	คะแนน	คะแนนเต็ม	5 คะแนน
-	-	น้อยกว่าร้อยละ 50	1 คะแนน
-	-	ร้อยละ 50.0 – 59.99	2 คะแนน
-	-	ร้อยละ 60.00 – 69.99	3 คะแนน
-	-	ร้อยละ 70.00 – 79.99	4 คะแนน
-	-	≥ ร้อยละ 80	5 คะแนน

7. แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบการประเมิน

3.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลจาก HDC >> รายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขาภาพช่องปาก
ข้อ 17.23

3.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

ข้อมูลโดยการสำรวจสถานะและพฤติกรรมทันตสุขภาพในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยรพ.สต./รพ.ออกเก็บข้อมูล
และลงข้อมูลในโปรแกรมสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2565 หรือ HDC >> รายงาน
มาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขาภาพช่องปาก ข้อ 18.11

8. เอกสารสนับสนุน

คู่มือการสำรวจสถานะและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จ.แพร่ ประจำปี 2565

9. ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นางภัสรา ประจางแต่ง กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทรศัพท์มือถือ : 088-269-9639 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-54511-145 ต่อ 305

E-mail : pomm_21@hotmail.com

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงานที่	2. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้ดำเนินการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน 878 แห่ง กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย 2 ใน 3 ปัจจัย ดังนี้ 1) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ 2) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพคนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล 3) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง (อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,2559)

เกณฑ์เป้าหมาย :					
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
		ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์		เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ทุกอำเภอ (8 อำเภอ)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		การรายงาน			
แหล่งข้อมูล		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนอำเภอ 8 แห่ง			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาสที่ 4			
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2565:					
คะแนนระดับ 1	คะแนนระดับ 2	คะแนนระดับ 3	คะแนนระดับ 4	คะแนนระดับ 5	
1. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน 2. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย2ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนา/แก้ไขปัญห 3 มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ 4.ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	1. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด 2. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง	1.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับอำเภอ	1.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ 100 2.พขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง	มีการสรุปถอดบทเรียนในระดับตำบล/อำเภอ	

วิธีการประเมินผล :	1.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย 2 ประเด็น 2.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน 3.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง 4.มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน 5.มีการประเมินการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัด					
เอกสารสนับสนุน :	1.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 2.คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 3.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 4.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2562		2563	2564	
		8 อำเภอ	ร้อยละ (อำเภอ)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ75
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสิทธิศักดิ์ สิริภักดิ์ชัย					

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ 100 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคูณภาพชีวิต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคูณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย 2 เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

1. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
2. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
5. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. (Resource sharing and human development)
6. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทางและ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2 ขยายการดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มี <u>แนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่</u> ในส่วนที่รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกันเป็น <u>ทีมในบางประเด็น</u> และ/หรือ มีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็น <u>ทีม (cross functional)</u> ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกัน โดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน</u>	มีการทำงานร่วมกันเป็น <u>โครงข่ายทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้งและแนวนอน (fully integrate)</u> โดยมี <u>ภาคีทุกภาคส่วนร่วมด้วย</u>	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีม</u> ในทุก <u>ประเด็นการพัฒนาคอนภาพชีวิต</u>	<u>การทำงานเป็นทีมของคณะกรรมการ พชอ.</u> หมายถึง <u>การทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.</u> ประกอบด้วย <u>ภาครัฐ (ส่วนท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน</u> ที่มี <u>นายอำเภอเป็นประธานและ</u> <u>สาธารณสุขอำเภอเป็น</u> <u>เลขานุการ</u>
Custom	มีการกำหนด <u>กลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่</u>	มีการรับรู้และเข้าใจ <u>ความต้องการ</u> ของประชาชน <u>กลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด</u>	มีการรับรู้และเข้าใจ <u>ความต้องการ</u> ของประชาชน <u>กลุ่มเป้าหมายครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่</u> และนำมาแก้ไข <u>ปรับปรุง</u>	มีการเรียนรู้และ <u>พัฒนาการรับรู้</u> ความต้องการของประชาชน <u>กลุ่มเป้าหมาย ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น</u>	<u>ความต้องการ</u> ของประชาชน <u>กลุ่มเป้าหมาย ถูกนำมาบูรณาการกับระบบต่างๆ</u> จนทำให้ประชาชน <u>กลุ่มเป้าหมายเชื่อมั่น ศรัทธา</u> <u>ผูกพัน และมีส่วนร่วม</u>	<u>ความต้องการของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย</u> หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนา</u> ที่ประชาชน <u>กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข</u>

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
CoI	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และภาคีภาค ส่วน มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการในการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ในงานที่หลากหลาย และขยายวงกว้าง เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมี ส่วนร่วมคิด ร่วม ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตอย่างเป็นระบบ และมี การขยายวงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการพัฒนา คุณภาพชีวิต และมี การทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ มีส่วนร่วมให้ เหมาะสมมากขึ้น	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วม เป็นเจ้าของการ ดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิต	
ppreciati	มีแนวทางหรือวิธีการ ที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้าง ความพึงพอใจของ คณะกรรมการ พขอ.	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และสร้างความพึง พอใจของบุคลากร เพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ คณะกรรมการ พขอ.ให้ สอดคล้องกับบริบทของ พื้นที่	คณะกรรมการ พขอ. มีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของ คณะกรรมการ พขอ. ให้สอดคล้องกับ บริบทของพื้นที่	สร้างวัฒนธรรม เครือข่ายให้ คณะกรรมการ พขอ. มีความสุข ภูมิใจ รับผิดชอบต่อ และเกิดความผูกพัน ในงานร่วมกัน	<i>ความผูกพัน (engagement)</i> หมายถึง การที่คณะกรรมการ พขอ.มีความกระตือรือร้นในการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ ได้รับมอบหมาย ด้วยความ มุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่ กำหนดไว้
	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง	มีการดำเนินการ	มีการจัดการทรัพยากร	มีการทบทวนและ	มีการจัดการ	<i>Resource</i> หมายถึง คน เงิน

UCCARE	1 เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	2 ขยายการ ดำเนินการ	3 ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4 เรียนรู้	5 บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	<u>แผนการใช้ทรัพยากร</u> <u>ร่วมกัน และ พัฒนา</u> <u>คณะกรรมการ พขอ.</u> <u>ร่วมกัน</u> เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	<u>ร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนา คณะกรรมการพขอ. ร่วมกัน ในบาง <u>ประเด็น หรือบาง</u> <u>ระบบ</u>	และพัฒนา คณะกรรมการ พขอ. <u>ร่วมกันอย่างเป็นระบบ</u> <u>และครอบคลุม</u> ตาม บริบท และความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย	<u>ปรับปรุงการจัดการ</u> <u>ทรัพยากร และ</u> <u>พัฒนาคณะกรรมการ</u> ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมายของ <u>คณะกรรมการ</u> <u>พขอ. (ไม่มีกำแพง</u> <u>กัน)</u> และมีการใช้ <u>ทรัพยากรจากชุมชน</u> ส่งผลให้เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน	ของ <u>ความรู้ รวมทั้งข้อมูล</u> ซึ่ง เป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงานร่วมกัน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการจัดระบบการ <u>แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u> <u>คุณภาพชีวิตประชาชน</u> <u>กลุ่มเป้าหมาย</u> ตาม บริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหา</u>	มีการจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามบริบท ตาม ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่ <u>ครอบคลุม</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต มีการ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบการ <u>แก้ไขปัญหา/พัฒนา</u> <u>คุณภาพชีวิต แบบ</u> <u>บูรณาการร่วมกับ</u> ประชาชน ชุมชนภาคี ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	<i>Essential Care</i> หมายถึง การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนา คุณภาพชีวิตให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไป ตามศักยภาพของ คณะกรรมการ พขอ.

หมวด	4. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	11. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการที่	2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	เขต
ชื่อตัวชี้วัด	58. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
คำนิยาม	1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล(PCU/NPCU) 2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาครัฐมีส่วนร่วม 4) บุคลากรที่ดี 5) บริการดี 6) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว 3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย:

1. รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว แบบสะสม ร้อยละ 100

กระบวนการ	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
Accreditation (สะสม)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 75 (เนื่องจาก สถานการณ์การแพร่ ระบาดของไวรัสโคโร นา จึงให้เลื่อนการ ประเมิน รพ.สต.ติด ดาวไปก่อน ตาม หนังสือที่ สธ 0239.01/434 ลง วันที่ 26 มีนาคม 2563)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 119 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล, สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) เขต ตรวจสอบและส่งผลการประเมินผ่านโปรแกรมมายัง สสป. ผ่านระบบข้อมูล ทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต ในระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (http://gishealth.moph.go.th/pcu)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต. ที่ผ่านระดับ 5 ดาวใน ปีงบประมาณ 2561 และปีงบประมาณ 2562 + รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ 5 ดาว) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2564 B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2561 และ 2562 ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2565 C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 4 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u> D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 3 ดาว (สะสมปีงบประมาณ 2560 – 2565) <u>*รายงานไปยังเขตเพื่อวางแผนพัฒนา</u>
รายการข้อมูล 2	E = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด โดยไม่รวม รพ.สต. ที่ถ่ายโอนไป ยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/E) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 – 4

เกณฑ์การประเมินปี 2565 :

คะแนนระดับ 1	คะแนนระดับ 2	คะแนนระดับ 3	คะแนนระดับ 4	คะแนนระดับ 5
1. ประชุมชี้แจงนโยบายกำหนด ทิศทางติดตามการดำเนินงานในระดับพื้นที่ 2. แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาและประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดดาวระดับอำเภอ	1. รพ.สต.ทุกแห่งประเมินคุณภาพตนเอง	1. ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อพัฒนารพ.สต. ทุกแห่งร้อยละ 100 2. คณะกรรมการประเมินระดับอำเภอ ประเมิน รพ.สต. ทุกแห่งร้อยละ 100	1. รพ.สต. ปี 2562 ผ่านการประเมินระดับจังหวัด ประเมินและรับรองผล Re-Acredit ร้อยละ 100 2. สสอ. ตรวจสอบข้อมูล ส่งผลการประเมินมายังสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) ผ่านโปรแกรม http://gishealth.moph.go.th/pcu	การลงพื้นที่สุ่มประเมินโดยคณะกรรมการระดับจังหวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาวระดับ 5 ดาว ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	รพ.สต. ผ่านการประเมินและรับรองโดยทีมประเมินระดับจังหวัดหรือระดับเขต			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี 2565			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นายสิทธิศักดิ์ สิริภักทรชัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 054-511145 โทรศัพท์มือถือ : 0622644165 E-mail : Sitisak.sit@gmail.com			

การประเมินประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของ รพ. ที่สามารถกำกับ ติดตาม การใช้จ่ายเงินตามแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล

1. คำนิยาม

การติดตาม (Monitoring) หมายถึง กระบวนการเก็บข้อมูลของตัวชี้วัดสำคัญของโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้ความคืบหน้า และระดับความสำเร็จของโครงการให้กับผู้มีส่วนได้เสียได้รับทราบ พร้อมความคืบหน้าของการใช้จ่ายงบประมาณ

เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและประเมินผล ได้แก่ การรับจ่าย การใช้จ่าย และผลการดำเนินงาน จัดทำรายงาน และผลการปฏิบัติงาน

แผนเงินบำรุง หมายถึง ข้อมูลด้านการเงินของหน่วยบริการ ทั้งที่เกี่ยวกับรายการรายได้และค่าใช้จ่าย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของหน่วยบริการว่า ณ ปัจจุบันผลการดำเนินงาน ของหน่วยบริการมีเงินสคงเหลือจำนวนเท่าใด รายได้ปัจจุบันและที่คาดว่าจะได้รับเท่าใด ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง ณ ปัจจุบัน และเจ้าหน้าที่สุทธิตามเปรียบเทียบกัน เพื่อวางแผนการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ ให้มีประสิทธิภาพ ไม่เสี่ยงต่อการขาดสภาพคล่องของหน่วยบริการ

2. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

3. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐานจำแนกรายโรงพยาบาล ปี 2564

รพ.แพร่	รพ.ร้องกวาง	รพ.ลอง	รพ.สูงเม่น	รพ.สอง	รพ.วังชิ้น	รพ.หนองงา	รพ.เด่นชัย
ไม่มีข้อมูล							

4. สูตรการคำนวณ = $(A+B) / 2$

A = ร้อยละ ของ รพ. ที่สามารถควบคุมแผนรายได้ ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5

B = ร้อยละ ของ รพ. ที่สามารถควบคุมแผนค่าใช้จ่าย ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 5

เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัดจำแนกตามรอบการประเมิน

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ต.ค. 64 – มี.ค. 65	-	ต.ค. 64 – ก.ย. 65

5. เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนนจากการประเมิน รอบ 6 เดือน		คะแนนจากการประเมิน รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 20.01 ขึ้นไป	1 คะแนน	ร้อยละ 20.01 ขึ้นไป	1 คะแนน
ร้อยละ 15.01 - 20	2 คะแนน	ร้อยละ 15.01 - 20	2 คะแนน
ร้อยละ 10.01 - 15	3 คะแนน	ร้อยละ 10.01 - 15	3 คะแนน
ร้อยละ 5.01 - 10	4 คะแนน	ร้อยละ 5.01 - 10	4 คะแนน
ร้อยละ 0 - 5	5 คะแนน	ร้อยละ 0 - 5	5 คะแนน
คะแนนเต็ม	5 คะแนน	คะแนนเต็ม	5 คะแนน

6. แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบการประเมิน

ผู้รับผิดชอบงานแผนเงินบำรุง รพ. /รายงานสรุปผลการติดตามการเบิกจ่ายเงินบำรุงของ รพ.

7. ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

1. นางประภัสสร ด้วงสี นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

2. นางสาวสุภารัตน์ รัชอำนวยวงษ์ นักวิชาการเงินและบัญชี

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณที่จัดสรร ในปีงบประมาณ 2565				
คำอธิบายตัวชี้วัด งบประมาณที่ได้รับจัดสรร ของ คป.สอ. ปีงบประมาณ 2565 หมายถึง งบที่ได้รับจัดสรร เป็นงบดำเนินงาน การเบิกจ่ายงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ผ่านตามเป้าหมายการใช้จ่ายงบประมาณประจำปี 2565 โดยเบิกจ่ายให้แล้วเสร็จภายในเป้าหมาย ที่กำหนดไตรมาสที่ 2 (รอบการประเมิน รอบที่ 1) และการเบิกจ่ายในไตรมาสที่ 4 (รอบการประเมิน รอบที่ 2)				
ชื่อผู้รับผิดชอบ นายกฤษฎ์ บุญอริยเทพ				
สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ของ สสจ.แพร่ ที่.....4.....				
น้ำหนัก5.....				
เกณฑ์การให้คะแนน (งบดำเนินการ) คำอธิบาย/สูตรการคำนวณ $\frac{\text{จำนวนงบประมาณที่เบิกจ่าย}}{\text{จำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด}} \times 100$				
รอบที่ 1				
คะแนนระดับ 1	คะแนนระดับ 2	คะแนนระดับ 3	คะแนนระดับ 4	คะแนนระดับ 5
น้อยกว่า ร้อยละ 10	ร้อยละ 11-17	ร้อยละ 18-24	ร้อยละ 25-31	ร้อยละ 32 ขึ้นไป
รอบที่ 2				
คะแนนระดับ 1	คะแนนระดับ 2	คะแนนระดับ 3	คะแนนระดับ 4	คะแนนระดับ 5
น้อยกว่า ร้อยละ 75	ร้อยละ 75.00-79.99	ร้อยละ 80.00-84.99	ร้อยละ 85.00- 89.99	ร้อยละ 90 ขึ้นไป
ค่าที่ยอมรับได้.....4.....ค่าวิกฤติ.....3.....				

แผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่ดำเนินการสนองต่อตัวชี้วัด				
โครงการที่ดำเนินการตามตัวชี้วัด (สำหรับตัวชี้วัดที่มีโครงการ งบประมาณรองรับ)				
ลำดับ	ชื่อโครงการ	ความสำคัญของโครงการ (สูง กลาง ต่ำ)	จำนวนกิจกรรมย่อย ทั้งหมด	งบประมาณ (บาท)
กิจกรรมหลักที่ดำเนินการตามตัวชี้วัด (สำหรับตัวชี้วัดที่ดำเนินการโดยไม่มีโครงการ งบประมาณรองรับ)				
ลำดับ	ชื่อกิจกรรม	ความสำคัญของกิจกรรม (สูง กลาง ต่ำ)	จำนวนหน่วยของ กิจกรรมทั้งหมด	งบประมาณ (บาท)
1	แจ้งเวียนผู้เกี่ยวข้องทราบ แนวทาง การใช้จ่ายงบประมาณประจำปี 2565 รายจ่ายประจำ งบดำเนินงาน ของ สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวง สาธารณสุข ส่วนภูมิภาค และ	สูง	1 ครั้ง	ไม่มี
หลักฐานอ้างอิง สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณที่จัดสรร ปีงบประมาณ 2564				

ยุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ยุทธศาสตร์พัฒนา สุขภาพจังหวัดแพร่	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อ สนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัด 1	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ของหน่วยงาน สู่การนำไปใช้ประโยชน์

คำอธิบายตัวชี้วัด

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564) ด้านสาธารณสุข 4 ด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” การพัฒนางานวิจัย/R2R/KM ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนางานควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรและสนับสนุนให้เกิดผลงานวิชาการ และเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ มุ่งเน้นให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการเป็นหลัก

ทั้งนี้ หากองค์กรด้านสาธารณสุขสนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนางานวิจัย/R2R/KM ด้านสุขภาพ อย่างจริงจังจนนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในด้านต่างๆ ซึ่งจะส่งผลให้บรรลุตามเป้าหมายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ต่อไป ประโยชน์ที่จะได้รับดังกล่าว ได้แก่ 1) ประโยชน์ในเชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่การนำผลงานวิจัย/R2R/KM ด้านสุขภาพ ไปสู่การพัฒนาสิ่งประดิษฐ์หรือผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดรายได้ รวมทั้งจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญา 2) เชิงวิชาการ ได้แก่ บทความวิชาการ ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ได้มาตรฐาน หรือผลงานวิจัย/R2R ถูกอ้างอิงในบทความวิชาการระดับนานาชาติ หรือมีการปรับแนวทางเวชปฏิบัติ 3) เชิงนโยบาย ได้แก่ ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ถูกนำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหารและการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนา ส่งเสริม รักษา ป้องกัน พื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค และ4) เชิงพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการนำผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ไปถ่ายทอดเทคโนโลยีที่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผนพับโปสเตอร์ เว็บไซต์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจในการพัฒนาผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรเกิดทักษะในการสร้างสรรค์ผลงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพ และสามารถนำเสนอผลงานได้อย่างมีคุณภาพ
3. เพื่อให้มีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เผยแพร่และนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในวงกว้าง

เป้าหมายตัวชี้วัด

1. คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ มีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ อย่างน้อยแห่งละ 5 เรื่อง
2. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย อย่างน้อย คปสอ. ละ 6 คน
3. ร้อยละ 40 ของผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ มีการเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ได้ในวงกว้างผ่านเวทีประชุมวิชาการ/วารสารวิชาการด้านสุขภาพ

เกณฑ์การประเมิน

การประเมินผลการปฏิบัติงานรอบที่ 1 (นิเทศงานรอบที่ 1/2565)

คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย				
ระดับ 1 (1 คะแนน)	ระดับ 2 (2 คะแนน)	ระดับ 3 (3 คะแนน)	ระดับ 4 (4 คะแนน)	ระดับ 5 (5 คะแนน)
- สำรวจ วิเคราะห์ ปัญหา และความ ต้องการที่นำไปสู่ การวิจัยเพื่อ แก้ไข/พัฒนา	- สนับสนุนและ พัฒนาศักยภาพ ด้านการวิจัย/ R2R/นวัตกรรม โดยทีมสนับสนุน งานวิจัยระดับ อำเภอ (R2R Facilitator)	- พัฒนาหัวข้อ งานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ (Concept paper)	- พัฒนาโครงร่าง วิจัย/R2R (Research Proposal)	- พัฒนาโครงร่าง วิจัย /R2R เตรียมยื่นขอ จริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์
หลักฐานเชิงประจักษ์				
รายงานสรุปผลการ วิเคราะห์สภาพ ปัญหาของ คปสอ./รายงาน การวิเคราะห์ ปัญหา/แนว ทางการพัฒนา เสริมประสิทธิภาพ ของงาน จำแนก รายหน่วยงานย่อย ในสังกัด	รายงานสรุปผลการ เสริมศักยภาพ/ ภาพกิจกรรม/ รายงานงานวิจัย หรือ R2R	Concept paper งานวิจัย/R2R (อย่างน้อย 3 เรื่อง/ คปสอ.)	โครงร่างวิจัย/R2R (อย่างน้อย 3 เรื่อง/ คปสอ.)	โครงร่างวิจัยตาม แบบฟอร์มการยื่น ขอจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์

ระดับคะแนนที่ยอมรับได้ : ระดับ 4 (4 คะแนน)

การประเมินผลการปฏิบัติงานรอบที่ 2 (นิเทศงานรอบที่ 2/2565)

คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย				
ระดับ 1 (1 คะแนน)	ระดับ 2 (2 คะแนน)	ระดับ 3 (3 คะแนน)	ระดับ 4 (4 คะแนน)	ระดับ 5 (5 คะแนน)
- ดำเนินการวิจัยตามกระบวนการวิจัยใน พื้นที่ - นำเสนอโครงการวิจัย/รายงาน ความก้าวหน้าการวิจัย ในเวทีการ ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์ความรู้ ด้านการวิจัย ของ สสจ.แพร่		- รายงานการวิจัย / R2R / CQI (Full paper)	- นำเสนอ/เผยแพร่ ผลการวิจัย/R2R ในเวทีประชุม วิชาการ (อย่างน้อย 2 เรื่อง/คปสอ.)	- ลงบทความวิจัย ในวารสาร วิชาการด้าน สุขภาพ (อย่างน้อย 1 เรื่อง /คปสอ.)

หลักฐานเชิงประจักษ์			
รายงานความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัย/R2R/CQI/นวัตกรรม	รายงานการวิจัย / R2R / CQI / นวัตกรรม (Full paper)	ประกาศนียบัตร / หนังสือรับรองการนำเสนอผลงาน / หนังสือเชิญและกำหนดการนำเสนอผลงาน	บทความวิจัยในวารสารวิชาการด้านสุขภาพ

ระดับคะแนนที่ยอมรับได้ : ระดับ 4 (4 คะแนน)

การสนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

1. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาองค์ความรู้ด้านการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อพัฒนาศักยภาพทีมสนับสนุนงานวิจัย (R2R Facilitator) ระดับอำเภอ และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินการวิจัย/R2R ของพื้นที่ ภายในเดือนมีนาคม - เมษายน 2565
2. จัดประชุมวิชาการเพื่อนำเสนอผลงานวิจัย/R2R สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ภายในเดือนสิงหาคม 2565
3. จัดทำวารสารอิเล็กทรอนิกส์ “วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อรองรับการเผยแพร่ผลงานวิชาการของบุคลากรในสังกัด ปีละ 2 ฉบับ (ฉบับที่ 1 เดือนธันวาคม ฉบับที่ 2 เดือนมิถุนายน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นายทวีศักดิ์ โทะทองทิพย์ นักทรัพยากรบุคคล
2. นายนิธิ แฉวงเล็ก นักทรัพยากรบุคคล

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สจจ.แพร่ โทร 054-511145 ต่อ 102

ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัด 2	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข

คำอธิบายตัวชี้วัด

องค์กรแห่งความสุข เป็นแนวคิดหลักที่มุ่งดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ “คนทำงานในองค์กร” ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นกำลังหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม มีการส่งเสริมและพัฒนา นโยบาย การสร้างองค์ความรู้และการขับเคลื่อนเครือข่ายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนทำงานด้วยเป็น ความสำคัญว่า เมื่อคนทำงานในองค์กรมีความสุข ย่อมส่งผลดีต่อผลประกอบการหรือผลผลิตขององค์กร ความ ผาสุกในครอบครัว ชุมชน ส่งผลต่อสังคมที่มีความสุขที่ยั่งยืน การสร้างความสุขในที่ทำงานนับว่าเป็นปัจจัย สำคัญในการบริหารองค์กร มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนในองค์กรมีความสุขในการทำงาน ความสุขที่เกิดขึ้นนั้น ก่อให้เกิดการรังสรรค์ทางความคิด งานที่ได้รับมอบหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความ

ตั้งเครียดจากการ ทำงาน และสภาพแวดล้อมลดความขัดแย้งในองค์กรความสุขที่เกิดขึ้นจากการท างาน
เปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยง ให้พฤติกรรมคนปรับเปลี่ยนและพัฒนาในแนวโน้มที่ดีขึ้น

คำนิยาม

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและ
ยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง
นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และ
ชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
(หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อน
การดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน
สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน **เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ** ประกอบด้วย 1) ร้อยละของ
บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของคนทำงาน และ 2) ร้อยละองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

เป้าหมายตัวชี้วัด

1. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ
หน่วยงานละ 1 แห่ง

2. บุคลากรภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน
แต่ละแห่ง มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เกณฑ์การประเมิน

การประเมินผลการปฏิบัติงานรอบที่ 1 (นิเทศงานรอบที่ 1/2565)

คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย				
ระดับ 1 (1 คะแนน)	ระดับ 2 (2 คะแนน)	ระดับ 3 (3 คะแนน)	ระดับ 4 (4 คะแนน)	ระดับ 5 (5 คะแนน)
- ร้อยละ 0-17.5 ของบุคลากรใน หน่วยงานมีการ ประเมินความสุข บุคลากร (Happinometer)	ร้อยละ 17.6-35 ของบุคลากรใน หน่วยงานมีการ ประเมินความสุข บุคลากร (Happinometer)	- ร้อยละ 35.1-52.5 ของบุคลากรใน หน่วยงานมีการ ประเมินความสุข บุคลากร (Happinometer)	- ร้อยละ 52.6-70 ของบุคลากรใน หน่วยงานมีการ ประเมินความสุข บุคลากร (Happinometer)	- ไม่น้อยกว่าร้อยละ 71 ของบุคลากรใน หน่วยงานมีการ ประเมินความสุข บุคลากร (Happinometer)
หลักฐานเชิงประจักษ์				
จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่มีการประเมินความสุขบุคลากร และผลการประเมินในโปรแกรมประเมิน ความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)				

ระดับคะแนนที่ยอมรับได้ : ระดับ 4 (4 คะแนน)

การประเมินผลการปฏิบัติงานรอบที่ 2 (นิเทศงานรอบที่ 2/2565)

คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย

ระดับ 1 (1 คะแนน)	ระดับ 2 (2 คะแนน)	ระดับ 3 (3 คะแนน)	ระดับ 4 (4 คะแนน)	ระดับ 5 (5 คะแนน)
- หน่วยงานมีกลไกการสร้างสุข เช่น นโยบาย คณ ะ ท ำ งาน ดำเนินงานองค์กร แห่งการสร้างสุข แผนงาน/โครงการ	- หน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70	- หน่วยงานมีการดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างสุขตามแนวทางองค์กรแห่งความสุข	- หน่วยงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	- มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพหน่วยงานละ 1 แห่ง
หลักฐานเชิงประจักษ์				
หนังสือสั่งการ/คำสั่งแต่งตั้ง/แผนงานโครงการ	ผลการประเมินโปรแกรมประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)	รายงานสรุปผลการดำเนินการ	รายงานสรุปกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข	ผลการประเมินตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

ระดับคะแนนที่ยอมรับได้ : ระดับ 4 (4 คะแนน)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

1. นายโอภาส กาศวิเศษ นักทรัพยากรบุคคล
 2. นายนิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
- กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สจจ.แพร่ โทร 054-511145 ต่อ 102

ยุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ยุทธศาสตร์พัฒนา สุขภาพจังหวัดแพร่	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อ สนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัด	1. ระดับความสำเร็จของการแลกเปลี่ยนข้อมูลผ่าน NAN API และ HIS Gateway และผ่านเกณฑ์ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์
คำนิยาม	ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพด้านสาธารณสุขได้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพเข้ามาใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพของการให้บริการมากขึ้น ตั้งแต่การทำทะเบียนคนไข้ การรักษาพยาบาลการวินิจฉัยโรคได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ นอกจากนี้ ยังใช้ในห้องทดลอง การศึกษาและวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งงานทางการศึกษาค้นคว้า การรักษาคนไข้ด้วยระบบการรักษาทางไกล การนำมาประยุกต์ใช้ในส่วน of ระบบบริการทางการแพทย์รูปแบบใหม่ (New Normal Medical Service) การรักษาออนไลน์ผ่านระบบ VDO Call และส่งยาทางไปรษณีย์ ผ่านแนวคิดยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดความแออัด ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาในสถานการณโควิด19 (อยู่บ้าน เว้นระยะห่าง) ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ เพิ่มขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล และนำเทคโนโลยีการรักษาส่งให้ถึงบ้าน การดำเนินงานขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ประเด็นระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขมีหลายกิจกรรมด้วยกัน อาทิ แอปพลิเคชันกลางของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือ ไทยชนะ.com, H4U, Smart อสม., 3 หมอ, mHealth เป็นต้น ซึ่งแอปพลิเคชันดังกล่าว สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยสามารถบอกได้ว่าทรัพยากรมีอยู่เท่าใด ผู้ป่วย ณ ปัจจุบันมีเท่าใด มีระดับความรุนแรงของอาการเท่าใด อุปกรณ์ทางการแพทย์มีเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยหรือไม่ ตัวระบบจะช่วยลดภาระของแพทย์ในการปฏิบัติหน้าที่ การทำงานได้รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างมากในการนำไปปรับใช้ในสถานพยาบาลทั่วประเทศ ลดความเสี่ยงในการซักประวัติคัดกรอง ลดความเสี่ยงในการใช้เวลาซักถามเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาล การใช้ LINE สื่อสารข่าวสารสุขภาพ เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และเข้าข่ายเป็นผู้ติดเชื้อ จะสามารถบอกไปสู่นักบริการได้ว่าเมื่อเป็นกลุ่มเสี่ยงแล้ว สังเกตอาการ ถูกส่งตรวจว่ามีเชื้อหรือไม่ โดยสามารถรอผลที่บ้าน และหลังจากทราบผลหากเป็นบวก หน่วยบริการจะดำเนินการรับท่านไปสู่การรักษาโดยหน่วยบริการและข้อมูลนี้จะถูกส่งไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อ และแอปพลิเคชัน “หมอรู้จักคุณ” ของมหาวิทยาลัยนเรศวรมาเชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยบริการทุกระดับรองรับ

	การแพทย์และสาธารณสุขและการสาธารณสุขวิถีใหม่ (New Normal Medical Services and Public Health) ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง การฝากครรภ์ การส่งเสริมป้องกันโรค งานให้คำปรึกษา การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพตลอดช่วงชีวิต มีความปลอดภัยในการจัดเก็บข้อมูล ซึ่งเป็นการขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์และสาธารณสุข 4.0 ที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง นำระบบสารสนเทศมาใช้เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองและเป็นการสร้างวิถีการดูแลสุขภาพรูปแบบใหม่ ควบคู่กับการให้คำปรึกษาแพทย์และสาธารณสุขทางไกล (Telemedicine} Telehealth) ส่งเสริมการทำงานเชิงรุกของทีมหมอครอบครัว และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลตลอดช่วงชีวิต เท่าเทียมแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ความท้าทายที่สำคัญในการบรรลุเป้าหมายคือมาตรฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพในปัจจุบันมีข้อมูลหลายระดับ (Multiple Layers) และมีความซับซ้อนมาก ซึ่งระบบสาธารณสุขยังขาดกลไกที่รักษาความมั่นคงปลอดภัยทางข้อมูลของหน่วยงาน และบูรณาการมาตรฐานข้อมูลในเรื่องเดียวกันที่ต่างกันจากหลายหน่วยงานให้ใช้มาตรฐานเดียวกัน ซึ่งพบภาวะรั่วไหลของข้อมูล ข้อมูลไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เนื่องจากหลายกรมอาจมีการจัดเก็บข้อมูลที่เหมือนกันแต่ไม่ได้มีการหารือกัน โดยเฉพาะ ซึ่งอาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูล และเมื่อสื่อสารข้อมูลไปยังประชาชนอาจทำให้เกิดความสับสนในตัวตนข้อมูลได้ ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสำคัญของประเด็นการปฏิรูประบบสารสนเทศควรดำเนินการพัฒนาระบบฐานข้อมูลด้านสุขภาพในทุกมิติให้สามารถทำงานร่วมกันและแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้แบบไร้รอยต่อด้วยความปลอดภัยและเป็นประโยชน์ ไปจนถึงการหาหน่วยงานเจ้าภาพหลักในการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญเป็นระบบและมาตรฐานเดียวกันในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้เป็นข้อมูลที่จะสื่อสารกับประชาชนในชุดเดียวกันและนำไปสู่การใช้ประโยชน์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และประชาชนสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่ถูกต้องเป็นระบบเดียวกัน
เกณฑ์เป้าหมาย	- กำหนดนโยบายความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และแต่งตั้งคณะทำงาน (Cyber / PDPA / Data Governance) - สถานพยาบาลประเมินองค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 8 คะแนน - สถานพยาบาลประเมินการดำเนินงานพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล และความมั่นคงปลอดภัยมากกว่า 8 คะแนน

	<table><tr><th>ไตรมาส 1</th><th>ไตรมาส 2</th><th>ไตรมาส 3</th><th>ไตรมาส 4</th></tr><tr><td>แต่งตั้งคณะทำงาน (Cyber / PDPA / Data Governance) และกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์</td><td>- สถานพยาบาล ประเมิน องค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 4 คณะ - สถานพยาบาล ประเมินการ ดำเนินงานพัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย มากกว่า 4 คณะ</td><td>- สถานพยาบาล พัฒนางค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System, พัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย</td><td>- สถานพยาบาล ประเมิน องค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 8 คณะ - สถานพยาบาล ประเมินการ ดำเนินงานพัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย มากกว่า 8 คณะ</td></tr></table> หมายเหตุ : แบบรายงาน ISMS-1, ISMS-2 ตามเอกสารแนบท้าย	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4	แต่งตั้งคณะทำงาน (Cyber / PDPA / Data Governance) และกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	- สถานพยาบาล ประเมิน องค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 4 คณะ - สถานพยาบาล ประเมินการ ดำเนินงานพัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย มากกว่า 4 คณะ	- สถานพยาบาล พัฒนางค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System, พัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย	- สถานพยาบาล ประเมิน องค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 8 คณะ - สถานพยาบาล ประเมินการ ดำเนินงานพัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย มากกว่า 8 คณะ
ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4						
แต่งตั้งคณะทำงาน (Cyber / PDPA / Data Governance) และกำหนดนโยบาย แนวปฏิบัติด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์	- สถานพยาบาล ประเมิน องค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 4 คณะ - สถานพยาบาล ประเมินการ ดำเนินงานพัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย มากกว่า 4 คณะ	- สถานพยาบาล พัฒนางค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System, พัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย	- สถานพยาบาล ประเมิน องค์ประกอบ พื้นฐานของการ จัดการระบบ Information Security Management System มากกว่า 8 คณะ - สถานพยาบาล ประเมินการ ดำเนินงานพัฒนา ระบบแลกเปลี่ยน ข้อมูล และความ มั่นคงปลอดภัย มากกว่า 8 คณะ						
วัตถุประสงค์	1. จัดทำข้อมูล Personal Health Records (PHRs) ด้วยกระบวนการเชื่อมโยงข้อมูลบริการจากทุกภาคส่วน สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพส่วนบุคคล (PHR New Service) 2. สนับสนุนการจัดทำโครงสร้างพื้นฐานด้านสารสนเทศสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อจัดบริการตามภารกิจ และเป้าหมายผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ผู้สูงอายุ และนโยบาย 30 บาทรักษาทุกที่ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลแบบบูรณาการ และใช้ข้อมูลร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3. ส่งเสริมให้เกิดระบบสุขภาพดิจิทัลที่มั่นคงปลอดภัย เพื่อจัดบริการ New Primary Care Model (software as a service) ด้วยเทคโนโลยีสุขภาพที่ทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่ ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน								

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมแนบหลักฐาน ตามแบบฟอร์ม รายงานทุก 3 เดือน				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = คะแนนการประเมินองค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการระบบ Information Security Management System (รายงาน ISMS-1)				
รายการข้อมูล 2	B = คะแนนการประเมินการดำเนินงานพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล และความมั่นคงปลอดภัย (รายงาน ISMS-2)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A + B				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน	รอบที่ 1/2565				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	<2 คะแนน	2-3 คะแนน	4-5 คะแนน	6-7 คะแนน	>7 คะแนน
	รอบที่ 2/2565				
	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	<6 คะแนน	7-9 คะแนน	10-12 คะแนน	13-15 คะแนน	>15 คะแนน
วิธีการประเมินผล	1. โรงพยาบาลรายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน 2. โรงพยาบาลมีเอกสาร/หลักฐานประกอบการรายงานผลการดำเนินงาน 3. เกณฑ์การประเมินตามเอกสารแนบท้าย				
เอกสารสนับสนุน	-				
ผู้รับผิดชอบ	1.นายวัชรพงษ์ วัชรินทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ 2.นายชนะศักดิ์ ศิริวัจโนดม นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ				

องค์ประกอบพื้นฐานของการจัดการระบบ ISMS (10 คะแนน)

กระบวนการที่สำคัญ	การดำเนินการ	หลักฐาน
1.นโยบายความมั่นคงปลอดภัยของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (2 คะแนน) - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบาย และผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพของหน่วยงาน - การจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัย ทั้ง 3 ด้าน (ผู้ใช้งาน, ผู้ดูแลระบบ, ผู้บริหาร)	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
2.ระเบียบปฏิบัติด้านความมั่นคงปลอดภัย ฉบับระเบียบสำคัญอย่างยิ่ง (8-10 ข้อ) และเอกสารประชาสัมพันธ์ระเบียบปฏิบัติ (2 คะแนน) - จัดทำกรอบบริหารจัดการความเสี่ยง และติดตามความเสี่ยงที่สำคัญ (8-10 ข้อ) อย่างสม่ำเสมอ - การประชาสัมพันธ์นโยบายและระเบียบปฏิบัติไปสู่ผู้ใช้ระบบทุกคน	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
3.ผลการประเมินศูนย์ข้อมูลตามมาตรฐาน Uptime Standard (2 คะแนน) - การปรับปรุงศูนย์ข้อมูล (Data Center – server room) ของหน่วยงานทางสภาพแวดล้อม, ระบบเครือข่ายและแม่ข่าย, ระบบไฟฟ้า, ระบบสำรองข้อมูล - รายงานการ Downtime	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
4.แผนดำเนินการของผู้ใช้งานเมื่อระบบคอมพิวเตอร์ใช้งานไม่ได้ และแผนปฏิบัติการเมื่อเกิดภัยพิบัติแก่ห้อง Data Center (2 คะแนน) - จัดทำแผนการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ เมื่อระบบล่ม (Business Continuity Plan - BCP) อย่างน้อย 1 คลินิก และแผนดำเนินการเมื่อเกิดภัยพิบัติเช่น อัคคีภัย	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
5.แผนตรวจสอบความมั่นคง และแผนการกู้คืนระบบ (2 คะแนน) - จัดทำแผนตรวจสอบติดตามความมั่นคง (Security Monitoring and Control Plan) - จัดทำแผนกู้คืนระบบ และซ้อมแผน	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	

หมายเหตุ : การผ่านเกณฑ์องค์ประกอบขั้นพื้นฐานการจัดการระบบ Information Security Management System (ISMS) ไตรมาส 1 ต้องได้มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป, ไตรมาส 3 ต้องได้มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป

การดำเนินงานพัฒนาระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล และความมั่นคงปลอดภัย (10 คะแนน)

กระบวนการที่สำคัญ	การดำเนินการ	หลักฐาน
1. การให้บริการประชาชนผ่าน NAN API และ HIS Gateway (2 คะแนน) - ติดตั้ง NAN API และ HIS Gateway - เชื่อมโยงเข้าสู่ HIS - ปรับตั้งค่าการใช้งาน - มีการใช้งาน NAN API และ HIS Gateway	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
2. ระเบียบปฏิบัติห้ามเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในความรับผิดชอบ (2 คะแนน) - การจัดทำระเบียบปฏิบัติห้ามเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่มีอยู่ในความรับผิดชอบ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใช้รับทราบ และประเมินการรับรู้/ความเข้าใจ รวมถึงการปฏิบัติตามระเบียบ	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
3. ระเบียบปฏิบัติควบคุมการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย (2 คะแนน) - การจัดทำระเบียบปฏิบัติควบคุมการใช้สื่อโซเชียลมีเดียในการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ใช้รับทราบ และประเมินการรับรู้/ความเข้าใจ รวมถึงการปฏิบัติตามระเบียบ	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
4. รายงานการประเมินผลความรู้/ความเข้าใจ ระเบียบแต่ละข้อ ของผู้ใช้งานระบบทุกคน (2 คะแนน) - การประเมินความรู้ ความเข้าใจระเบียบปฏิบัติของผู้ใช้ระบบทุกคน ทั้ง 3 ด้าน - การวิเคราะห์ผลการประเมินความรู้ และความเข้าใจ	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	
5. รายงานผลการปฏิบัติตามระเบียบแต่ละข้อ ของผู้ใช้งานระบบทุกคน (2 คะแนน) - การประเมินการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติของผู้ใช้ระบบทุกคน - การปรับระเบียบปฏิบัติให้ผู้ใช้เข้าใจได้ง่าย ไม่กำกวม - การวิเคราะห์ผลการประเมินตามระเบียบปฏิบัติของผู้ใช้ระบบทุกคน	☐ มีทั้งหมด 2 คะแนน ☐ บางส่วน 1 คะแนน ☐ ไม่มี 0 คะแนน	

หมายเหตุ : การผ่านเกณฑ์การดำเนินงานพัฒนาระบบ Information Security Management System (ISMS) ไตรมาส 1 ต้องได้มากกว่า 4 คะแนนขึ้นไป, ไตรมาส 3 ต้องได้มากกว่า 8 คะแนนขึ้นไป

ยุทธศาสตร์กระทรวง สาธารณสุข	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ยุทธศาสตร์พัฒนา สุขภาพจังหวัดแพร่	ยุทธศาสตร์ที่ 3: พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อ สนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ
ตัวชี้วัด	2. ร้อยละของสถานพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อให้หน่วย บริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange : HIE) ไม่ต้อง ทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการ ปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ ที่จะเกิดขึ้นใน อนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตาม วัตถุประสงค์ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มาใช้บริการใน หน่วยบริการนั้นๆ ประกอบไปด้วย 1. ข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชน (CID) 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION) 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1. ข้อมูลเลขบัตรประจำตัวประชาชน (CID) 1.1 ไม่เป็นค่าว่าง 1.2 ไม่เป็นเลข Generate 1.3 ตรงตามหลัก Mod 11 2. ข้อมูลเพศ (SEX) 2.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน และสอดคล้องตามตารางอ้างอิง 1 3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH) 3.1 รายละเอียดตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล 4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)

	4.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน และประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตรประชาชน ดังนี้ 4.1.1 เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 4.1.2 ไม่เป็นคาวาง 4.1.3 ไม่เป็นเลข Generate 4.1.4 ตรงตามหลัก Mod 11 5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) 5.1 ตรงตามรหัสมาตรฐาน 5.2 กรณีเป็นสถานะยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น ระยะเวลาในการประเมินผล : ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่16 ของเดือนแรก ในไตรมาส ที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย 1. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2. ความสอดคล้อง (Consistency) 3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)										
เกณฑ์เป้าหมาย <table><tr><td>ปีงบประมาณ 64</td><td>ปีงบประมาณ 65</td><td>ปีงบประมาณ 66</td><td>ปีงบประมาณ 67</td><td>ปีงบประมาณ 68</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 95</td></tr></table>		ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95							
วัตถุประสงค์	1. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และ พิจารณายายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ทุกแห่ง ในปีต่อไป 2. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ ภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่ จำนวน 131 แห่ง										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์ที่กำหนด										

	2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ (> 80%)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	คุณภาพข้อมูล = (A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน	ป 2565 : ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดแพร่ ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล				
	รอบ 3 เดือน				รอบ 6 เดือน
	รอบ 9 เดือน				รอบ 12 เดือน
	ร้อยละ 60				ร้อยละ 70
	ร้อยละ 75				ร้อยละ 80
เกณฑ์การประเมิน	การประเมินผลการปฏิบัติงาน				
	ระดับ 1				ระดับ 2
	ระดับ 3				ระดับ 4
	ระดับ 5				
	<50 คะแนน				50-59 คะแนน
วิธีการประเมินผล	ระดับ 1				ระดับ 2
	ระดับ 3				ระดับ 4
	ระดับ 5				
	<50 คะแนน				50-59 คะแนน
	60-69 คะแนน				70-79 คะแนน
เอกสารสนับสนุน	ระดับ 1				ระดับ 2
	ระดับ 3				ระดับ 4
	ระดับ 5				
	<50 คะแนน				50-59 คะแนน
	60-69 คะแนน				70-79 คะแนน
ผู้รับผิดชอบ	ระดับ 1				ระดับ 2
	ระดับ 3				ระดับ 4
	ระดับ 5				
	<50 คะแนน				50-59 คะแนน
	60-69 คะแนน				70-79 คะแนน

แนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลตามตัวชี้วัด

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจน เพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2565 ประเมินจากข้อมูลบุคคลในแฟ้ม Person ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มาใช้บริการในหน่วยบริการนั้นๆ จำนวน 5 ฟิลด์ ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
2. ข้อมูลเพศ (SEX)
3. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)
4. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)
5. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)

และให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย

5. ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)
6. ความสอดคล้อง (Consistency)
7. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)
8. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)

แสดงตามตารางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ดังนี้

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
2	เลขที่บัตรประชาชน (CID)	เลขประจำตัวประชาชนตามกรมการปกครองกำหนด เป็นรหัสประจำตัวบุคคล หมายเหตุ : เป็นเลขจำนวนเต็ม 13 หลัก (ประชาชนสัญชาติไทยต้องบันทึกทุกราย)	ไม่เป็นค่าว่าง-ตรงตามหลัก Mod 11	เกณฑ์การประเมิน - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 สูตรคำนวณ $CID_1 = \frac{A}{B} \times 100$ นิยามตัวแปร CID ₁ = ร้อยละข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่างตามมิติ <i>ความถูกต้อง</i> A = ข้อมูลที่ไม่เป็นค่าว่าง B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด	ตรงตามหลัก Mod 11 กรณีสัญชาติไทย	เกณฑ์การประเมิน ตรวจสอบจากข้อมูลประชากรสัญชาติไทย โดยมีการเงื่อนไข - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลังวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชนขึ้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อนวันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชนไม่ขึ้นต้นด้วย 0 สูตรคำนวณ $CID_2 = \frac{A}{B} \times 100$	จำนวนข้อมูลที่มีการรับ-ส่งระหว่างหน่วยบริการและ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)	ส่วนกลางประมวลผลเรื่องความทันเวลาตาม HDC กระทรวงสาธารณสุข

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						<u>นิยามตัวแปร</u> CID_2 = ร้อยละข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์ การประเมินของ เลขที่บัตรประชาชน (CID) ตามมิติความ สอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การ ประเมินของเลขที่ บัตรประชาชน (CID) ตามมิติ ความสอดคล้อง B = ข้อมูล person สัญชาติไทยทั้งหมด		
9	เพศ (SEX)	1 = ชาย, 2 = หญิง	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> ตรงตามรหัสมาตรฐาน <u>สูตรคำนวณ</u> $SEX_1 = \frac{A}{B} \times 100$	รหัสมาตรฐานและ ค่านำหน้าชื่อ ต้องตรงกัน	<u>เกณฑ์การประเมิน</u> รหัสมาตรฐานและค่า นำหน้าชื่อ ต้องตรงกัน (ตรงตาม ตารางอ้างอิง (ข้อมูลเพศ)) <u>สูตรคำนวณ</u> $SEX_2 = \frac{A}{B} \times 100$		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
				นิยามตัวแปร SEX_1 = ร้อยละข้อมูลเพศ (SEX) ที่ตรงตามรหัสมาตรฐานตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลเพศที่ตรงตามรหัสมาตรฐาน B = ข้อมูล person ทั้งหมด		นิยามตัวแปร SEX_2 = ร้อยละข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตามเกณฑ์การประเมินของเพศ (SEX) ตามมิติความสอดคล้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด		
10	วันเกิด (BIRTH)	วันเดือนปีเกิด กำหนดเป็น ค.ศ. (YYYYMMDD) (หากไม่ทราบวัน เดือนที่เกิด แต่ทราบ ค.ศ. เกิด ให้กำหนดวันเกิดเป็นวันที่ 1 มกราคมของปี ค.ศ.นั้นๆ) หมายเหตุ : YYYY = ปี ค.ศ., MM = เดือน 2 หลัก 01-12, DD = วันที่ 2 หลัก	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบและไม่เกิน 120 ปี	เกณฑ์การประเมิน เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการ เมื่อเทียบจากวันที่ 1 มกราคมของปี ต้องมีค่าอยู่ระหว่างติดลบ 1 และไม่เกิน 150 สูตรคำนวณ $BIRTH_1 = \frac{A}{B} \times 100$	เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการจากแฟ้ม Service เมื่อเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบและไม่เกิน 120 ปี	เกณฑ์การประเมิน ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างเลขบัตรประชาชน ต้องสอดคล้องกับวันเดือนปีเกิด - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 - เลขบัตรประชาชน		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
		01-31 และสามารถคำนวณ เป็นวันที่ตามมาตราฐานได้		<u>นิยามตัวแปร</u> $BIRTH_1$ = ร้อยละข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติ ความถูกต้อง B = ข้อมูล person ทั้งหมด		ขั้นต้นด้วย 1 ต้องเกิดหลัง วันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ขั้นต้นด้วย 3 ต้องเกิดก่อน วันที่ 1/1/2527 - เลขบัตรประชาชน ไม่ขั้นต้นด้วย 0 <u>สูตรคำนวณ</u> $BIRTH_2 = \frac{A}{B} \times 100$ <u>นิยามตัวแปร</u> $BIRTH_2$ = ร้อยละข้อมูล ที่ถูก ถูกต้องตามเกณฑ์ การประเมินของ วันเกิด (BIRTH) ตามมิติความ สอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูก ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมิน ของวันเกิด (BIRTH) ตามมิติความ สอดคล้อง		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						B = ข้อมูลเพิ่ม person ที่เลขบัตรประชาชน ขึ้นต้นด้วย 1, 3		
15	สัญชาติ (NATION)	รหัสมาตรฐานตามกรมการ ปกครอง ถ้าไม่ทราบให้ระบุ 999 ตามรหัสมาตรฐาน	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	เกณฑ์การประเมิน ตรงตามรหัสมาตรฐาน สูตรคำนวณ $N_1 = \frac{A}{B} \times 100$ นิยามตัวแปร N1 = ร้อยละข้อมูลที่ต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สัญชาติ (NATION) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด	หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และ หากเป็น ต่างดาว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย	เกณฑ์การประเมิน ประชากรสัญชาติไทย ต้องสอดคล้องกับเลขบัตร ประชาชน - เลขบัตรประชาชน ไม่ขึ้นต้นด้วย 0 - ไม่เป็นค่าว่าง - ไม่เป็นเลข Generate - ตรงตามหลัก Mod 11 สูตรคำนวณ $N_2 = \frac{A}{B} \times 100$ นิยามตัวแปร N2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้อง ตามเกณฑ์การ ประเมิน ของสัญชาติ (NATION) ตาม มิติความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์การ		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						ประเมินของ สัญชาติ (NATION) ตามมิติ ความสอดคล้อง B = ข้อมูล Person สัญชาติไทย ทั้งหมด		
24	สถานะ/ สาเหตุ การจำหน่าย (DISCHARGE)	1 = ตาย, 2 = ย้าย, 3 = สาบสูญ, 9 = ไม่จำหน่าย หมายเหตุ : กรณี ผู้รับบริการ ที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ หรือคนในเขตที่ยังไม่จำหน่าย ให้เป็น 9	ตรงตาม รหัสมาตรฐาน	เกณฑ์การประเมิน ตรงตามรหัสมาตรฐาน สูตรคำนวณ $D_1 = \frac{A}{B} \times 100$ นิยามตัวแปร D1 = ร้อยละข้อมูลที่ต้อง ตามเกณฑ์การประเมิน ของสถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง A = ข้อมูลที่ต้องตาม เกณฑ์การประเมินของ สถานะ/สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติความถูกต้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด	กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของ บุคคลนั้น	เกณฑ์การประเมิน กรณีสถานะเป็น ไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับ แฟ้ม DEATH ต้องไม่มี ข้อมูลของบุคคลนั้น - เชื่อมโยงโดยรหัสสถาน บริการ (HOSPCODE) และทะเบียนบุคคล (PID) สูตรคำนวณ $D_2 = \frac{A}{B} \times 100$ นิยามตัวแปร D2 = ร้อยละข้อมูลที่ ถูกต้องตาม เกณฑ์การ ประเมินของ สถานะ/สาเหตุ		

NO (1)	CAPTION (2)	DESCRIPTION (3)	การให้คะแนนตามเกณฑ์คุณภาพ					
			ความถูกต้อง		ความสอดคล้อง		ความครบถ้วน	ความทันเวลา
			เดิม	แก้ไข	เดิม	แก้ไข		
						การจำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง A = ข้อมูลที่ถูกต้อง ตามเกณฑ์ การประเมินของ สถานะ/ สาเหตุการ จำหน่าย (DISCHARGE) ตามมิติ ความสอดคล้อง B = ข้อมูล Person ทั้งหมด		

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ

- 1.) **ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)** หมายถึง ขอบเขตที่ข้อมูล ทั้ง 5 필ด์ คือข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID), ข้อมูลเพศ (SEX), ข้อมูลสัญชาติ (NATION), ข้อมูลวันเกิด (BIRTH), และข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ที่บันทึกตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) มีความถูกต้องเชื่อถือได้
การคำนวณ: ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON (5 필ด์) ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย
 ดังนี้

$$= \frac{CID_1 + SEX_1 + BIRTH_1 + N_1 + D_1}{5}$$

2.) ความสอดคล้อง (Consistency) หมายถึง ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบที่สอดคล้อง ตามที่โครงสร้างมาตรฐานกำหนด

การคำนวณ: ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย ดังนี้

$$= \frac{CID_2 + SEX_2 + BIRTH_2 + N_2 + D_2}{5}$$

3.) ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) หมายถึง จำนวนข้อมูลที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD ในระหว่างเวลา 3 ครั้งสุดท้ายของการส่งข้อมูลล่าสุด

การคำนวณ: ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย)

$$= \frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ } HDC \text{ รับได้จากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD} \times 100}{\text{จำนวนข้อมูลที่มีการส่งออกจากหน่วยบริการ}}$$

4.) ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) หมายถึง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ทันต่อการใช้งาน เพื่อประโยชน์ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (เป็นไปตามเงื่อนไขการประมวลผลของ HDC โดยจะตรวจสอบข้อมูลการรับบริการของเดือนปัจจุบันภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป และจะต้องมีข้อมูลในวันราชการทุกวัน จากแฟ้ม SERVICE)

การคำนวณ: ร้อยละของความทันเวลาในการส่งข้อมูล

$$= \frac{\text{จำนวนเดือนที่มีการบันทึกและส่งออกข้อมูลได้ทัน} \times 100}{\text{จำนวนเดือนที่ต้องส่งข้อมูลทั้งหมด}}$$

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก Health Data Center (HDC) ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ($W_i \times M_i$)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 พิลด์) ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	30							
2.ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	25							
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30							
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15							

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					คะแนนถ่วงน้ำหนัก ($W_i \times M_i$)
			ไม่ผ่านร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
รวม (ΣW_i)	100	ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\frac{\Sigma(W_i \times M_i)}{\Sigma W_i}$)						

หมายเหตุ

W	หมายถึง	น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 - 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 80

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล = $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

ตัวอย่างตารางทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 จังหวัดทดสอบ : ใช้ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC)

ประมวลผลจาก Health Data Center (HDC) ทุกวันที่ 16 ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (16 ตุลาคม, 16 มกราคม, 16 เมษายน และ 16 กรกฎาคม)

เกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W _i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M _i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางศ์) (M _i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 (< 94.99%)	ร้อยละ 60 (95.00-95.99%)	ร้อยละ 70 (96.00-96.99%)	ร้อยละ 75 (97.00-98.99%)	ร้อยละ 80 (99.00-100%)	
1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)								
- ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคล ในแฟ้ม PERSON (5 ฟิลด์) ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	30	99.5208					80	(30x80) = 24
2.ความสอดคล้อง (Consistency)								
- ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูล บุคคล ในแฟ้ม PERSON ตาม โครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 80)	25	97.3751				75		(25x75) = 18.75
3. ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness)								
- ร้อยละของจำนวนข้อมูลบุคคล ใน แฟ้ม PERSON ที่มีการรับ – ส่ง ระหว่างหน่วยบริการและ HDC มี จำนวนตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) (ร้อยละ 80)	30	99.6938					80	(30x80) = 24
4. ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (timeless)								

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W_i)	ผลงาน (%)	ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)					ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบ บัญญัติไตรยางศ์) (M_i)
			(ไม่ผ่าน)ร้อยละ 50 ($< 94.99\%$)	ร้อยละ 60 ($95.00-95.99\%$)	ร้อยละ 70 ($96.00-96.99\%$)	ร้อยละ 75 ($97.00-98.99\%$)	ร้อยละ 80 ($99.00-100\%$)	
- ร้อยละของความทันเวลาในการส่ง ข้อมูล (ร้อยละ 80)	15	85.8333	50					$(15 \times 50) = 7.5$
รวม (ΣW_i)	100	ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก ($\frac{\Sigma(W_i \times M_i)}{\Sigma W_i}$)						= 74.25

หมายเหตุ

W	หมายถึง	น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น และผลรวมน้ำหนักของทุกตัวชี้วัดเท่ากับ 100
M	หมายถึง	คะแนนที่ได้จากการเทียบกับร้อยละของผลสำเร็จตามเป้าหมายของตัวชี้วัด
i	หมายถึง	ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

ค่าคะแนนที่ได้ (เทียบบัญญัติไตรยางศ์) (M_i)

ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าน้อยกว่า	94.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 50
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	95.00 - 95.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 60
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	96.00 - 96.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 70
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	97.00 - 98.99	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 75
ผลงานของตัวชี้วัดในแต่ละมิติ	มีค่าระหว่าง	99.00 - 100	เทียบบัญญัติไตรยางศ์มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 80

ผลการประเมิน

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 1
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 6 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 2
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 9 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 3
เกณฑ์การประเมิน	รอบ 12 เดือน	คำนวณแล้วมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	หมายถึง ผ่านเกณฑ์ไตรมาสที่ 4

ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล = $\frac{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัด ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล} \times 100}{\text{จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดทั้งหมด}}$

ส่วนกลางประมวลผลจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลจาก HDC Service และส่งออกรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านระบบ Health KPI

(ตัวอย่าง)

สรุปจังหวัดทดสอบ ในไตรมาสที่ 1 : ใช้ข้อมูลการประมวลผลจาก HDC Service มีคะแนนรวม 4 มิติ = 74.25 คะแนน ผ่านเกณฑ์การประเมินในไตรมาสที่ 1

- | | | |
|---|----------------------|---|
| 1. มิติความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy)) | มีคะแนนรวม = 99.5208 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความถูกต้องฯ ตามไตรมาสที่ 1 |
| 2. มิติความสอดคล้อง (Consistency) | มีคะแนนรวม = 97.3751 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความสอดคล้อง ตามไตรมาสที่ 1 |
| 3. มิติความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) | มีคะแนนรวม = 99.6938 | ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความครบถ้วน สมบูรณ์ ตามไตรมาสที่ 1 |
| 4. มิติความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา(timeless) | มีคะแนนรวม = 85.8333 | ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินมิติความทันต่อการใช้งานฯ ตามไตรมาสที่ 1 |

ข้อเสนอแนะจากตาราง

1. การส่งข้อมูลของหน่วยบริการในทุกมิติให้ถูกต้อง สอดคล้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามแนวทางการตรวจสอบคุณภาพข้อมูล มีผลต่อการประเมินผลงานตัวชี้วัดฯ
2. จังหวัดและหน่วยบริการสามารถ Download เอกสารรายละเอียดตัวชี้วัด(Template) และแนวทางการตรวจสอบได้ที่ <http://spd.moph.go.th/healthdata/>